الطب والأطباء فى مصر

بناء الهوية المهنية والمشروع الطبى



تأليف : سيلفيا شيفولو

ترجمة : ماجدة أباظة

تحرير : طارق يوسف

955

المجلس الأعلى للثقافة

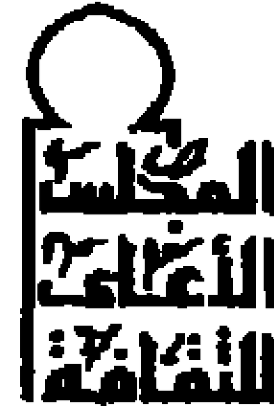
المشروع القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة

الطب والأطباء فى مصر

بناء الهوية المهنية والمشروع الطبى

تـــأليف: ســـيلفيا شـــيفولو
ترجمـــة: ماجـــدة أباظـــة
تحريـــر: طـــارق يوســـف



٢٠٠٥

لوحة الغلاف الأمامى

«كلوت بك وهو يحصن نفسه أمامه طلاب قصر العينى» (متحف قصر العينى).

لوحة الغلاف الخلفى

«أول محاضرة طويلة بقصر العينى يساعد فيها شيخ الأزهر».

المشروع القومى للترجمة
إشراف: جابر عصفور

- العدد: ٩٥٥
- الطب والأطباء فى مصر
بناء الهوية المهنية والمشروع الطبى
- سيلفيا شيفولو
- ماجدة أباظة
- طارق يوسف
- الطبعة الأولى ٢٠٠٥

هذه ترجمة كتاب
MÉDECINES ET MÉDECINS
EN ÉGYPTE
Construction d' une identité professionnelle
et projet medical
de: Sylvia Chiffoleau

شارع الجبلاية بالأوبرا ـ الجزيرة ـ القاهرة ت: ٧٣٥٢٣٩٦ فاكس: ٧٣٥٨٠٨٤
EL Gabalaya st. Opera House, El Gezira, Cairo
TEL: 7352396 Fax: 7358084

تهدف إصدارات المشروع القومى للترجمة إلى تقديم مختلف الاتجاهات والمذاهب الفكرية للقارئ العربى وتعريفه بها، والأفكار التى تتضمنها هى اجتهادات أصحابها فى ثقافاتهم ولا تعبر بالضرورة عن رأى المجلس الأعلى للثقافة.

المحتويات

مقدمة المحرر

كان من قبيل المصادفة السارة بالنسبة لى أن أتلقى صفحات الترجمة لهذا الكتاب، بينما أنا منكب على درس وتمحيص أحداث وتاريخ القرن التاسع عشر، وتحديدًا تلك الأحداث وذلك التاريخ المرتبط ببروز وصعود محمد على سرششمه(*)، ذلك الضابط الألبانى الذى جاء ضمن القوات العثمانية لمحاربة الفرنسيين وإخراجهم من ولاية مصر. فقد كنت أعكف على كتابة عمل درامى يتناول تاريخ وشخصية محمد على باشا، بمناسبة مرور مائتى عام على توليه ولاية مصر.

محمد على... أول والٍ يضعه المصريون على تخت الحكم، ويفرضونه فرضًا على الباب العالى، منذ أن وطأت أقدام العثمانيين الديار المصرية قبل ذلك التاريخ بأكثر من ثلاثة قرون.

ففى يوم ١٣ مايو ١٨٠٥ صعد الزعيم "عمر مكرم" إلى القلعة ليعلن تنصيب الضابط الألبانى "محمد على" واليًا على مصر!!

هذه حادثة يقف أمامها التاريخ متأملا مندهشًا...

إنها المرة الأولى التى يختار فيها المصريون حاكمهم... ويفرضونه فرضًا على الباب العالى... ثم يصرون على اختيارهم، حتى يذعن السلطان العثمانى!!

(*) هذا هو الاسم الذى كان المصريون يطلقونه على محمد على قبل توليه الحكم فى مصر ويستخدمه الجبرتى للإشارة إليه فى "عجائب الآثار...". وسرششمه رتبة عسكرية تعادل رتبة لواء. (المحرر)

هذا اليوم كان لحظة فارقة بين تاريخين وزمنين... لحظة أطبقت الزعامة الشعبية على ناصية الأمور بيدها، معلنة عن مولد الحس القومي المصري.. وهو تاريخ مولد مصر الحديثة، فمحمد على هو فى حقيقة الأمر بانى مصر الحديثة، التى ولدت مع مطلع القرن التاسع عشر... وهو الذى انتقل بمصر من ظلام العصور الوسطى إلى مشارف العصر الحديث.

أما علاقة محمد على باشا بموضوع الكتاب الذى نقدم له، فهى ببساطة وفى كلمات محددة تتمثل فى أن محمد على هو أب الطب الحديث بمصر.. فعلى يديه ولد، وتحت رعايته أصبح مهنة لها تواجدها فى نسيج المجتمع.

وعلى وجه العموم هو من فك أسر التعليم وأطلق الحركة العلمية فى مصر من عقالها... فانتقل بمصر ــ نتيجة لذلك ــ من غياهب التخلف والجهل إلى فضاءات رحبة من العلم والتنوير ــ بمقياس عصره ــ لتلحق البلاد بموكب النور وركب الحضارة والتحديث.

لقد كان التعليم قبل محمد على محصورًا فى الكتاتيب، التى لا تعلم الصبية غير مبادئ الدين والقراءة والكتابة، وفى أحسن الأحوال بعض مبادىء الحساب... أما الأزهر فقد اقتصر التعليم فيه على من يسكن القاهرة فقط، أو من يسعده الحظ بالهجرة إليها... وبشكل عام، فقد غابت وتوقفت ــ أو كادت ــ حركة التأليف والإبداع والنشر، ناهيك عن الترجمة والانفتاح على الثقافة الإنسانية بكل روافدها وفروعها.

وعندما فارق محمد على الحياة سنة ١٨٤٩، كانت بمصر مدارس عليا لتخريج المتخصصين فى مجالات العلوم المختلفة، مثل الهندسة والطب والصيدلة والألسن والمحاسبة والمعادن والفنون والصنائع والزراعة والطب البيطرى، هذا بخلاف المدارس الحربية والبحرية والمدارس التجهيزية (الثانوية) والمدارس الابتدائية... كما

أن الرواد الأوائل الذين أرسلهم محمد على فى بعثات علمية إلى مختلف البلاد الأوروبية، كانوا ــ بعد عودتهم إلى أرض الوطن ــ بمثابة المشاعل التى أضاءت دروب البلاد الغارقة فى ظلمات التخلف والجهل.

وهو أيضًا أول من أعاد بناء الجيش المصرى(*) ــ بمعناه الحرفى ــ وأول من بعث الحياة ــ مرة أخرى ــ فى أوصال هذا الجيش، بعد أن كانت قد أعلنت وفاته منذ أكثر من ثلاثة وعشرين قرنا... فمنذ أن اجتاحت جحافل الفرس بقيادة "قمبيز" أرض مصر ــ القرن الخامس ق.م. ــ وانحل الجيش المصرى، لم تقم لهذا الجيش قائمة حتى قام محمد على بتأسيس جيش مصرى وطنى، يعتمد جسمه الأساسى على المجندين من المصريين، بدلا من الاعتماد على المرتزقة والانكشارية والمماليك (الباش بوزوق)... لقد ظلت مهمة الدفاع عن أرض الوطن ــ طوال المدة المنصرمة قبل محمد على ــ موكلة إلى المرتزقة الأجانب... ولم يكن يسمح للمصريين بالانتظام فى صفوف جيش بلدهم، إلا فى بعض الفترات التاريخية المحدودة، دون أن تتاح لهم ــ فى كل الأحوال ــ فرصة الترقى إلى صفوف الضباط(**).

ومسألة الجيش الوطنى ليست فى الحقيقة مسألة شكلية... فغيبة المصريين عن الحياة العسكرية، وحرمانهم من الدفاع عن الوطن، أدى ــ على مر الزمن ومع طول المدة ــ إلى تدهور الروح المعنوية، وانتشار السلبية واللامبالاة، وتعميق الإحساس بالغربة عن تراب هذا الوطن، وفقدان الحس القومى، وضعف الشعور بالانتماء.

وعلى هذا فنحن عندما نتطرق للحديث عن نشأة مهنة الطب فى مصر، فإننا فى الحقيقة نجد أنفسنا ملزمين بالحديث عن تجربة محمد على باشا فى تحديث الحياة

(*) كان لإنشاء الجيش الدور الحاسم ليس فقط فى إنشاء مدرسة الطب، بل أيضًا فى بناء معظم المصانع، وتوسيع وتطوير ترسانتى بولاق والإسكندرية، وإرسال البعثات العلمية إلى أوروبا. (المحرر)

(**) جمال بدوى، محمد على وأولاده، ص ٨٩، ٩٠، مكتبة الأسرة ١٩٩٩.

برمتها فى هذا البلد. وما يقال عن الطب يقال عن كل المهن الأخرى كالهندسة والزراعة والصيدلة والمحاماة والمحاسبة... إلى آخر الطابور الطويل من المهن و"الفنون والصنائع". لكننا هنا سنتناول مهنة الطب تحديدًا دون سواها لسببين: الأول أن هذا الكتاب الذى نقدم له يتناول هذه المهنة تحديدًا دون سواها.. أما السبب الثانى فيتمثل فى أن هذه المهنة من أكثر المهن حساسية وارتباطًا بالواقع الاجتماعى والتكوين الثقافى، أخذًا وردا فى علاقة تبادلية قل أن نجدها بهذه الحيوية فى مهنة سواها.

ومن ثم فان الإشكاليات والعثرات ـ وبالمجمل أزمة تشكيل الهوية المهنية ـ التى واجهتها هذه المهنة إنما تعبر تعبيرًا أمينًا عن أزمة التجربة التى أنشأتها.. ثم بعد مرور ما يقرب من قرن على نهاية هذه التجربة، تواجه المهنة من جديد بإشكاليات وعثرات أخرى، حين أريد للمهنة أن تلقى دفعة إلى الأمام فى إطار المشروع العام للتجربة الثانية الكبرى فى حياة المصريين، ونعنى بها تجربة النظام الناصرى. وقد نلمح ـ من وجهة نظرنا ـ قاسمًا مشتركًا أدى إلى إخفاق التجربتين والارتداد على توجهاتهما ـ بمجرد زوال بطليهما (محمد على وعبد الناصر) عن مسرح الأحداث ـ ذلك القاسم المشترك الذى نظن انه قد لعب دورًا حاسمًا فى انحسار مد التجربتين والارتداد عليهما، على المستوى العام للتجربتين، ومن ثم على مهنة الطب التى نحن بصددها.

برزت فكرة إنشاء مدرسة الطب كإحدى الضرورات اللازمة لتلبية احتياجات الجيش النظامى الذى أنشأه محمد على عام ١٨٢٠ على الأسس الحديثة، ففى عام ١٨٢٥ عهد محمد على إلى الدكتور أنطوان برتلمى كلوت (كلوت بك)(*) مهمة تنظيم

(*) ذلك الطبيب الفرنسى الذى جلبه محمد على بمساعدة أحد أصدقائه من التجار الفرنسيين، والذى طلب منه محمد على اختيار طبيب فرنسى للجيش المصرى. (الرافعى، عصر محمد على، ص ٤٠٢، دار المعارف، الطبعة السادسة).

الإدارة الصحية للجيش، وجعله رئيس الأطباء به. وبعد مضى سنتين اقترح كلوت بك إنشاء مستشفى ومدرسة للطب "الغرض منها تخريج الأطباء المصريين للجـيش، ثـم صار الغرض عامًا بأن صار الأطباء يؤدون الأعمال الصحية للجيش وللبلاد عامة"(*).

ومما تقدم نرى أن تأسيس مهنة الطب فى مصر ــ كمهنة رديف للجيش النظامى الحديث ــ كان جزءً من المشروع العام لمحمد على باشا، واحد متطلبات تحقيق حلمه بالاستقلال عن الباب العالى، وإنشاء إمبراطورية عربية[١] تضم الولايات الناطقة بالعربية التابعة للباب العالى.

وعندما اختفى صاحب المشروع العام من على مسرح الأحداث (موت محمد على) تلقى هذا المشروع ضربة مؤثرة، بتولى عباس حلمى الأول (خليفة محمد على) حكم مصر. فبعد موت محمد على ارتمى خَلَفه فى أحضان الباب العالى، معلنًا تبعيته الكاملة وولاءه له[٢]، كما أوقفت الأعمال والمشاريع الخاصة بالرى والصرف، وأهملت الاستثمارات ذات العائد، وأُلغى عدد كبير من المدارس، كما قل عدد أفراد الجيش (وهو عماد المشروع العام لمحمد على) حتى وصل إلى ثلاثة آلاف(**) بعد أن كان قد وصل فى عهد محمد على إلى مائتين وخمسين ألفًا.

وبتوقف المشروع العام لمحمد على وتراجعه، "اضمحلت مدرسة الطب، وعاد كلوت بك إلى فرنسا، ثم أغلقت المدرسة فى عهد سعيد باشا"(***)، ثم توالت أزمات المهنة كما تسردها تفصيلا سيلفيا شيفولو على صفحات هذا الكتاب.

(*) الرافعى، عصر محمد على، ص ٤٠٠، دار المعارف، الطبعة السادسة.

(**) جى فاريت، محمد على مؤسس مصر الحديثة، ترجمة: محمد رفعت عواد، ص ٢٠٧، ٢٠٨، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومى للترجمة (٤٩٢).

(***) الرافعى، عصر محمد على، ص ٤٠٢، ٤٠٣، دار المعارف، الطبعة السادسة.

وحين أريد للمهنة أن تلقى دفعة إلى الأمام بعد قرن من الزمان على انتهاء تجربة محمد على باشا، من خلال إضفاء بعد جديد على دور الدولة الناصرية في المجال الصحى ورعاية المرضى، كجزء من تلبية معظم احتياجات الشعب، أخذت الدولة على عاتقها مهمة توفير رعاية صحية شاملة وعادلة للجميع.

إلا أن هذا التوجه صادفه الكثير من العقبات، تشير إليها سيلفيا شيفولو حين تذكر فى الباب السابع من الكتاب أن هذا التوجه "سرعان ما تنافر مع مصالح مهنة تهتم بوضعها الاجتماعى، وبالمميزات المادية المرتبطة بها، والقائمة على الحرفة الفردية والعلاقات مع العملاء من المرضى. وهكذا سرعان ما اصطدمت المهنة الطبية مع النظام السياسى الجديد"... ومع "تزايد الضغط على النقابة فى الستينيات من القرن العشرين، خاصة مع تحول النظام السياسى إلى النظام الاشتراكى وإنشاء الاتحاد الاشتراكى العربى، فأصبحت النقابة ملعبًا للصراع بين الدولة ومهنة الطب"...

وفى النهاية "ينجح الاتحاد الاشتراكى العربى فى تطويق النقابات المهنية، فتغدو هياكل ضعيفة لتدخل منعطف السبعينيات وهى على هذه الحالة".

وهكذا بدلا من أن يلجأ النظام الناصرى إلى إشراك أصحاب المهنة ـ المعنيين بتطبيق سياستها "العادلة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية المشروعة للشعب" ـ فى وضع السياسات الصحية، ورسم الخطط الموكل إليهم تنفيذها، تلجأ على العكس من ذلك إلى السيطرة على مؤسستهم المهنية (النقابة)، وإجبارهم على تنفيذ سياسات وتوجهات لم يشاركوا فى وضعها، ولم تتح لهم الفرصة للاقتناع بأهميتها وضرورتها.

ومن ثم كانت النتائج التى لمسها كل من عاش هذه الفترة (الستينيات وبداية السبعينيات من القرن العشرين) من تدنى الإدارة، وضعف الخدمات المقدمة وقصورها فى مشاريع الدولة الصحية كالتأمين الصحى والوحدات الصحية بالقرى والأحياء.

ثم باختفاء صاحب المشروع العام من على مسرح الأحداث (موت عبد الناصر) وتولى السادات حكم مصر، يتراجع المشروع العام برمته فى جميع المجالات، وتنطلق سياسة الانفتاح، لتطال مهنة الطب، فيطلق العنان " للقطاع الخاص فى المجال الصحى، بعد ما كان مسيطرًا عليه من قبل مؤسسات القطاع العــام"... وتنتــشر المستــشفيات الاستثمارية حيث "قيمة غرفة فردية فى مستشفى مصر الدولى تتراوح بــين ٥٥ و٦٥ جنيهًا، فى حين الغرفة بمستشفى المقاولين العرب تصل إلى ٥٣٠ جنيهًا"... و"يواجــه التأمين الصحى صعوبات حقيقية للوصول إلى الفئات الأقل حظوة، وهم الذين يعــانون من معوقات الدولة فيما يتعلق بتقديم خدمة مجانية ذات مستوى طبى رفيع، والذين قــد يجدون أنفسهم قريبًا بلا حماية فى مواجهة المرض".

لقد كان القاسم المشترك بين التجربتين هو الاستبعاد الكامــل للنــاس (العــوام ومساتير الناس عند محمد على.. والقاعدة الشعبية العريضة عند عبد الناصر).

هذا الاستبعاد ـــ الذى كان يعنى فى النتيجة النهائية، سلطة فرديــة ديكتاتوريــة وغياب للديمقراطية فى عموم المجتمع ـــ هو العامل المشترك بين التجربتين، والــذى سمح للمرتدين عليهما بأن يتمكنوا من الارتــداد عــن مجمــل توجهــات وسياســات التجربتين، وأحيانًا الإجهاض شبه الكامل لبعضها.

وقد أصاب مهنة الطب ما أصاب المشروع العام فى التجربتين، ففى الحــالتين كان التراجع إلى الوراء خطوات واسعة من نــصيب هــذه المهنــة، ســواء بالنــسبة لممارسيها أو المستفيدين منها.

وفى النهاية لا يسعنا إلا أن نضم صوتنا إلى آن مارى مولان ـــ كاتبة المقدمــة للنسخة الفرنسية ـــ لنتمنى ونحلم مع الكاتبة سيلفيا شيفولو بازدهار "الطب العــادل".. لكننا بعيدًا عن الأمانى والأحلام نرى أن هذا يحتاج إلى إرساء دعائم ديمقراطية تسمح

"للناس" بالمشاركة والتنفيذ الخلاق، والنقد والتقييم وإعادة التقييم، والمحاسبة... وتمنحهم الدافع ـ حين يتحقق ذلك ـ للدفاع عن مكتسباتهم، وحماية التجربة، والحفاظ عليهـا، ورد المرتدين إلى جحورهم.

حواشي المقدمة

(١) سنذكر بعضا مما يدلل على ما ذهبنا إليه:

١-من رسالة للجنرال بيار فى الثامن عشر من يوليو سنة ١٨٢٥:

"أسهبت إليك فى كتاب سابق عما يتعلق بانتصارات إبراهيم باشا فى اليونان، وأود أن أطلعك الآن على حديث سرى دار بينى وبين محمد على باشا حدثنى فى خلاله عن أمانيه. قال محمد على: أنا أعرف أن السلطنة تسير يوما فيوما إلى الردى، وأنه ليصعب علىّ أن أنتشلها مما هى فيه. فلماذا أحاول المستحيل بوسائلى القليلة؟.. على أنى سأقيم على أنقاضها مملكة كبيرة ولدىَّ جل الوسائل التى تساعدنى على الفوز. إنى أستطيع أن أفتح عكا ودمشق وبغداد بكلمة واحدة منى وبوساطة مقدرتى وجيوشى. وابنى المنتصر سيتوجه فى أقل من عام ليحقق مقاصدى على ضفاف دجلة والفرات لأنها حدود ثابتة للدولة التى أسعى فى إنشائها، وستمكنه شجاعته العظيمة من الفوز".

المصدر: الجمعية الملكية للدراسات التاريخية، ذكرى البطل الفاتح إبراهيم باشا ١٨٤٨ – ١٩٤٨، مجموعة أبحاث ودراسات لتاريخه، ص ٢٩٣، مكتبة مدبولى.

٢-وفى أثناء فترة الهدنة المسلحة، وقبيل نشوب الحرب الثانية بين الدولتين (مصر وتركيا) كتب إبراهيم لأبيه من كوتاهية رسالة تفضح عن أهدافه لما علم بوصول خليل باشا مندوب الباب العالى، والجنرال مورافيف الروسى، إلى محمد على، لعقد الصلح على صورة مرضية. قال إبراهيم:

"إن أهم ما يلزم البحث فيه معهما هو طلب الاستقلال وطلب إلحاق جزيرة قبرص وألوية أنطاكية وعلائية وجزر إيجة إلى مصر ـ ثم ضم تونس وطرابلس الغرب إذا أمكن "... " أما السبب الذى يدعونا لطلب أضاليا وأدنة فهو شدة حاجتنا للخشب، لأن مستقبل أسطولنا معلق على ذلك ما دامت بلادنا محرومة من الخشب... أما ضم قبرص إلى مصر فهو أيضاً لا مندوحة عنه لسببين: الأول للمنفعة الكبيرة لأسطولنا والثانى لمنع الباب العالى من أن يكون له طريق إلى أملاكنا، وإن شئت أن تطلب بغداد فلا مانع... "

المصدر: السابق ص ٢٩٧ & ص ٣٥٩.

٣-من رسالة كتبها بالمرستون (وزير خارجية إنجلترا آنئذ) إلى ويليام كامبل السفير الإنجليزى فى كابل وذلك بعدما أذيعت شروط الاتفاق الأولى بين تركيا ومصر: "إن الشروط المعروضة على محمد على باشا حسنة جدا ما دامت هذه الشروط تحرمه من دمشق وحلب وهما الطريق إلى العراق... وقد كان قصده تأليف مملكة عربية لجميع بلاد العرب والمشروع جليل الشأن فى ذاته لولا أنه يقضى بتقسيم تركيا فلا يمكننا أن نسلم به"

المصدر: السابق ص ٣٦٠.

٤-وقد أشار المسيو دروفيتى (قنصل فرنسا العام فى مصر آنئذ) فى رسالة لحكومته إلى معدات الحملة المصرية على الوهابيين (مبكرا فى ١٨١١) فأظهر الشك فيما يضمر محمد على منها، وهل يقصد بها الحجاز أم سورية، قال فى هذا الصدد: "إن جميع الاستعدادات التى يعدها الباشا تدل على أن الحملة تخترق الصحراء وتصل منها إلى سورية..."

المصدر: الرافعى، عصر محمد على، ص ٢١٨، دار المعارف، الطبعة السادسة.

د-ذكر المسيو كادلفين وبارو في كتابهما أنه بينما كان الحصار مضروبًا على عكا سئل إبراهيم باشا إلى أي مدى تصل فتوحاته إذا تم له الاستيلاء على عكا فقال، ما معناه إلى مدى ما يتكلم الناس وأتفاهم وإياهم باللسان العربي...

وقد قابله البارون لبو الكونت بالقرب من طرسوس بالأناضول سنة ١٨٢٣ بعد عودته من كوتاهيه، وكان له معه حديث طويل، فذكر عنه "إن إبراهيم باشا يجاهر علنا بأنه ينوي إحياء القومية العربية... ويتصل بهذا المعنى مجاهرته بأن كل البلاد العربية يجب أن تنضم تحت لواء أبيه، وقد قال لي إن أباه يحكم مصر والسودان وسورية ومن الواجب أن يضم العراق إلى حكمه، وإن جزيرة العرب تابعة لأبيه الذي يعمل على إتمام فتحها..."

المصدر: السابق ص ٢١٩.

(٢) لدى عودته من القسطنطينية حيث ذهب ليحصل على موافقة السلطان، أعلن عباس أن "مصر لم تعد بلدا تركيا بل مسيحيا (يقصد في عهد جده محمد علي باشا)... ويعتقد جدي أنه حاكم مطلق لكنه ليس إلا عبدًا للقناصل العموميين، وإذا كان من المفروض أن يحكمني شخص ما، فأفضل أن يكون زعيم المسلمين جميعا وليس المسيحي الذي أكرهه".

المصدر: جي فاريت، محمد علي مؤسس مصر الحديثة، ترجمة: محمد رفعت عواد، ص ٢٠٧، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة (٤٩٢).

مقدمة المؤلفة

تتعرض سيلفيا شيفولو، من خلال تاريخ مهنة الطب، إلى تاريخ الأمة المصرية، فتخرجه لنا في ثلاثة فصول كالعرض المسرحي.

نرى لحظة رفع الستار، حيث "مصر" المنهكة دون أن تنسى تقاليدها المعرفية خلال ألف عام. ومحمد على باشا على الطريقة العثمانية، وقد تحرر من هيمنة السلطان، يرسى أسس مدرسة الطب على الطريقة الأوروبية، التي رأسها تباعًا فرنسيون وألمان ومصريون ثم بريطانيون بعد الاحتلال الإنجليزي للبلاد عام ١٨٨٢. ونرى كيف عكست مدرسة الطب منافسات القوى العظمى، ومسار دولة كادت أن تصبح، في القرن التاسع عشر، أمة حديثة كبيرة.

وفي الفصل الثاني تعرض لزمن الفسيفساء الطبي، في بداية القرن العشرين، مع ظهور اتحاد مصري خالص له نقابة وجريدة جنبًا إلى جنب مع العديد من الأجانب الممارسين للمهنة، ذلك الفسيفساء الذي يظهر تنوع الجماعات التي تتفاعل مع بعضها البعض في مصر.

أما الفصل الثالث فيعرض مرحلة ما بعد الاستقلال، وعلى وجه الخصوص مرحلة عبد الناصر وبداية إصباغ الطابع القومي على المهنة وانزواء الأجانب، وتضاعف أعداد كليات الطب. وهي مرحلة وجد فيها المتخرجون فرصة لتأكيد قدراتهم في مجال الأمراض الباطنية المحلية، وأصبحوا أندادًا للخبراء الأجانب في تحديد الاختيارات الاستراتيجية لمكافحة الملاريا أو الأمراض التي تصيب الفلاحين كالبلهارسيا المرتبطة بنظام الري الدائم.

يتقاطع تاريخ مهنة الطب بالمفهوم الحديث مع تاريخ تكوين الدولة القومية، فليس من قبيل الصدفة أن نجد محمد على فى عام ١٨٣٩ وقد أقدم على تمصير مجلس الحجر الصحى القائم على مراقبة الأوبئة والسفن والبضائع فى الإسكندرية، وذلك قبل تأميم قناة السويس وإعلان الاستقلال بقرن من الزمان، وفى الحالتين لم تخطئ القوى العظمى حين تحركت سريعا.

فرضية وجود علاقة بين الطب والدولة الحديثة وضرورة القطع مع الموروث، لا تمثل سوى جزء من الحقيقة، فالثورة الثقافية التى أنجزها محمد على لم تقطع الصلة تمامًا مع الماضى، فابن النفيس(*) آخر الأسماء الكبيرة، وأحد رواد الطب العربى التقليدى، ومكتشف الدورة الدموية فى القرن الثالث عشر، الذى يُطلق عليه ويليام هارفى المصرى، كان أحد أعلام طبنا(**) الذى نطلق عليه خطأ الطب الأوروبى أو الغربى.

وفى القرن الماضى كان الأمر بالنسبة للمصريين هو المطالبة "بميراثهم المنسى" ـ وهو المصطلح الذى أطلقه ألان دو ليبيرا ـ ومن ثم العودة إلى التقاليد التبادلية التى كانت خصبة فى الماضى.

فى عصر النهضة تضمنت مفردات اللغة الطبية الأوروبية العديد من الألفاظ العربية، والتى اختفت فى القرن التاسع عشر كمؤشرعلى تهميش الجماعة العلمية الدولية للعرب. وفى عام ١٨٣٠ أمد الأزهر الشريف (الجامع والجامعة) المدرسة الطبية للقصر العينى بالمترجمين الذين قاموا بأولى الترجمات للكتيبات الطبية، كما انه كان منبرًا للمناقشات الساخنة حول ضرورة إيجاد مصطلحات جديدة، وتسجيل مبسط للمسميات اليونانية – اللاتينية، أو تبنى اللغة الدارجة لوصف العمليات والأعضاء والأدوات.

(*) راجع (٨) بهوامش الأعلام. (المحرر)

(**) كان المتداول فى كتب تاريخ الطب حتى عام ١٩٢٤، أن العالم الإنجليزى ويليام هارفى هو المكتشف الأول للدوران الدموى عام ١٦٢٨. (المحرر)

فهاهنا جماعة استطاعت خلال قرن ونصف أن تنجز مهمة مزدوجة مهنية وقومية.

يظهر بناء هذه الهوية المركبة في هذا الكتاب من خلال توصيفات وصور عديدة، تمتد على مدى أجيال متعاقبة، عبر قراءات لمذكرات شخصية ومقابلات مع معاصرين قدموا هذه المواد. إن تحليل المعطيات الخاصة بتكوين الهوية المهنية يلقى الضوء على عاملين مختلفين، العامل الإنسانى والإصلاحى وأحياناً الثورى، وعامل الاتحادات المهنية المرتبطة بإرادة قوى برجوازية وليدة.

لقد شكل الأطباء صفوة صغيرة لديها سلطة محدودة تجاه الحالة الصحية للأمة، ولكنها تملك مشروعًا عاما لتطوير البلاد تطلق عليه الكاتبة تغييرًا طبيا عاما، وهو ما يعنى رقابة المجتمع وفرض قواعد صحية قسرية على جميع طبقات الشعب بمساندة الدولة.

وحتى اليوم مازال يواجه الممارسون معاناة الجسد والروح اللانهائية على كافة أصعدة الدولة، كما أنهم يصطدمون بعوائق فى كل اتجاه، وبمحدودية السوق بسبب فقر سكانه.

لم تقع الكاتبة عبر تحليلها فى مصيدة مفهوم البؤس، بل أشارت إلى مواطن عدم ملاءمة النظام الطبى المصرى، والخلل القائم بين المدينة والريف، والمصاعب المرتبطة بالسوق العالمى للأدوية، حيث لا يملك الأطباء أمام انتظار المرضى الدعم النفسى والإمكانيات المادية الضرورية. فالأطباء يتخرجون بأعداد كبيرة جدا فى كليات مكدسة، يتنازعهم إما الانتماء لنموذج الطب التخصصى التقنى وإما ضرورة التأقلم مع محيطهم، فهم فى الحقيقة يجنون خليطاً يجمع بين ثمار التقدم والطب السطحى القائم على سوء فهم مرجعه الوهم المتعلق بقوة الطب، كل شىء إذن يؤدى إلى أزمة الهوية التى تضرب اليوم فى أعماق الطب المصرى.

ترجع هذه الأزمة إلى عده عوامل، منها الوضع الاجتماعى، وانخفاض المستوى الاقتصادى، وضياع الوجاهة الاجتماعية، بالإضافة إلى أزمة نفسية

مرتبطة بصعوبة الواقع اليومى، وإلى أزمة هوية تمر عبر إعادة اختبـار العلاقـة بين الطب والإسلام وبين الطب والثقافة.

فى هذا الإطار الصعب توضح سيلفيا شيفولو على سـبيل المثـال أن نمـو القطاع الشعبى للعيادات الإسلامية، بدلا من المطالبة بمجتمع مثالى جديـد، يقـدم إجابة محددة للمشاكل التى تواجه الشعب من خلال إنشاء قطاع وسطى يوازن بين رسوم الكشف الباهظة فى القطاع الحر وبين المستشفيات العامة المجانية للفقـراء الذين لا يصلحون كزبائن.

وبالرغم من الطابع الخاص بمصر إلا أن هذه المأساة الطبية وصل صداها إلى خارج حدود دولة نهر النيل.

يعد عمل سيلفيا شيفولو هذا مساهمة ثمينة فى دراسـة خـصائص "المهـن الحديثة فى مجتمع تقليدى"، وفى المقابل يعطينا كتاب محمد مبتول صورة مغـايرة عن مهنة الطب فى الجزائر، وفيه العديد من التحليلات الشيقة التى تعطينا نظـرة مقارنة لمهنة الطب فى دول العالم الثالث، حيث تتبوأ هذه المهنة فى العادة مكانـة متميزة باعتبارها محرك التطور وعاملاً من عوامل الهوية الثقافية.

كما حدث بمصر عرفت العديد من الدول الإفريقية والآسيوية مرحلة تكونت المهنة خلالها على أسس كوزموبوليتانية وغير متجانسة مع الصفوة الوطنية التـى تتمتع بعلاقات وثيقة مع الدولة التى تنتظر كل شيء من هذه الرعاية.

والسؤال الذى يطرح نفسه اليوم، هو ما إذا كانت مهنة الطب فى معظم هذه البلاد تمتلك أداة التحديث كعلاج مساعد للتوسع الديموجرافى، وذلك باعتبارها أداة لخلق إنسان وحياة أفضل؟، أم أنها فى الحقيقة تلقى الضوء على تناقضات التنميـة غير المتكافئة بين الشمال والجنوب وبين الفقراء والأغنيـاء؟. فـى هـذه الحالـة الأخيرة، لن يمثل الطب سوى تطبيق غير مكتمل لنموذج مستورد، يخفـف فقـط الشقاء البيولوجى، ويشذب عدم المساواة الاجتماعية دون حلها جذريا. وباختـصار يكون الطب مجرد شاهد على تعقيدات العلم، وأداة غير مكتملة للتنمية ذات العواقب

المشوهة أحيانا، ففى العديد من دول العالم الثالث نلحظ تزايد أعداد المراكز التى تقدم أحدث ما توصل إليه العلم فى مجال الإنجاب، فى حين تستمر مشاكل وسائل منع الحمل والأمراض الجنسية القابلة للانتقال قائمة دون حل، كما يتطور نقل الأعضاء أيضا تطورًا سريعًا حيث توجه فى الأساس المصادر التمويلية إلى البرامج التى تقلل أسباب التدخل الجراحى وذلك عن طريق الوقاية من الخلل الوظيفى للأعضاء.

هل نموذج الطب المصرى محير إلى هذه الدرجة؟.. تاريخ هذا الطب يعكس لنا مصاعبنا الخاصة أمام عدم التكافؤ الاجتماعى المستمر، الذى يختفى تحت بريق دعاوى الطب للجميع. وهناك التباسات تكتنف التطور العلمى والتقنى فيما يتصل بعلاقته بالدين والأخلاق، تلك الالتباسات التى أثارت استياء اللجان الأخلاقية وأنتجت الفوران التشريعى الذى شاهدناه فى معظم الدول الأوروبية، وبالمثل فإن ظاهرة العيادات الإسلامية ــ والتى حللتها الكاتبة تحليلا جيدًا جدا ــ هى التعبير عن مسلسل المطالب المتأججة للمتطرفين، وهى لا تعكس فقط الأزمة الاقتصادية والاجتماعية لمصر، ولكنها تعكس وتعيد إحياء الصراع القائم بين الدين والطب المسجل فى الميراث التقليدى الطويل الذى شهدته الحضارة الغربية.

تصورت أوروبا أنها حلت المشكلة أثناء صراعها ضد الكنيسة فى المرحلة البروتستانتينية، ولكن يظل هذا الصراع قائمًا فيما يتعلق بوضعية كل من "القس" والطبيب إذ إنهما يتكاملان ويتعارضان فى الوقت نفسه أمام فراش المريض، فكلاهما أهل للتعامل مع الجسد الإنسانى على اعتبار أنه ذات وشىء، أداة للمعارف المنقوصة وأداة للخوف العام .

الحكيم والطبيب، العاقل (الحكيم) والممارس، أليس الطبيب ذاته هو تركيبة المتناقضات؟

من خلال الربط الحر للنقاط من وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا والسياسة، يعتبر هذا الكتاب الشيق التجسيد الحى للعديد من المناقشات داخل مركز

الأبحاث الفرنسى سيداج (CEDEJ) فى كل من القاهرة وباريس مع فانى كولونـــا، والمناقشات التى لا تنسى فى مقهى جروبى ومقاهى خان الخليلى حيــث شـــهدت أولى خطوات صداقتنا.

يدفعنا هذا الكتاب، ضمن أشياء أخرى، إلى التفكير على طريقة الكاتبة، فيما يمكن أن يصبح عليه الحال للوصول إلى ازدهار "الطب العادل".

آن مارى مولان

تقديم

أطباء ومهندسون ومعماريون ورجال قانون، ثم بعد ذلك علمـــاء اجتمـــاع وعاملون فى المجال الاجتماعى... منذ بداية القرن التاسع عشر تظهر فئات جديدة على الساحة فى مصر، كما فى مناطق أخرى من الإمبراطورية العثمانية، فئـــات تمتلك معارف ثقافية وتقنية يرجع الفضل فى ظهورها إلى إرادة دولة تبحث عـــن التحديث.

إن ظهور هذه الفئات قام على أسس حديثة، أسس ترتكز علـــى مؤســـسات وأنماط من التفكير جُلبت فى معظمها من الغرب، وكانت فى كثير من الأحيـــان لا تقوم أى صلة بينها وبين العادات المعرفية الخاصة بالدولة التى تتبناها.

إن رصد آلية تكوين هذه الفئات الجديدة شيق للغاية، خاصة حـــين يتعلـــق الأمر بمهنة مثل مهنة الطب التى ترتبط بعلاقات وثيقة مع المكـــون الاجتمـــاعى، فالعلاج وتخفيف الآلام والتقليل من الوفيات هو هدف هذه المهنة، مما يكسبها بعدًا خاصا فى بلد مثل مصر، التى يمكن لأى زائر أن يتلمس الوضع الصحى المختـــل لشعبها. ففى مجتمع "نامٍ" حيث لا تزال تنتشر الأمراض الباطنية، رغـــم القـــضاء عليها فى أماكن أخرى، تصبح أهمية العمل الاجتماعى للطبيب واضـــحة جليـــة، ولهذا يتبوأ الأطباء مكانة متميزة سواء على الصعيد الاجتماعى أو علـــى صـــعيد الدولة، حيث يلعبون دور الوسطاء أصحاب الامتياز المنوط بهم نشر القـــيم مـــن المركز إلى الأطراف. فممارساتهم اليومية تسمح لهم بالتواصل المستمر مع مجمل المجتمع، ومهنتهم تتطلب منهم دخول البيوت والكشف عـــن الواقـــع الاجتمـــاعى البسيط والبائس، ومن خلال هذه العلاقة المستمرة مع المرض والمـــوت، تتـــشكل

نظرتهم عن هذه الجماعة، وترجع إليهم فى النهاية سلطة تشخيص الأمراض وتحديد أسبابها ثم محاولة علاجها، وهى عملية تشمل منذ بدايتها العلم والفعل معا.

وأخيرًا يظهر الطب باعتباره مهنة مثالية، ليس فقط لأنه يتعامل مع علوم أخرى، ولكن لأنه أيضًا يتعامل مع قطاعات أخرى من المجتمع، العدالة والدين والتربية والجيش والأدب والفلسفة.

يساهم الأطباء فى بلورة الخطاب الاجتماعى والسياسى والثقافى لمجتمعهم، وذلك من خلال تماسهم مع ثلاثة محاور هى.. " القوى الاجتماعية، والتأثيرات الأخلاقية، والسلطة السياسية"(١)، فمن خلال دوره المحورى، يعتبر الطب أرضًا خصبة لدراسة نمو مهنة جديدة مرتبطة بالحداثة داخل مجتمع تقليدى.

تقدم مصر نموذجًا خاصا لتكوين هذه المهن ذات المستوى الثقافى الرفيع والتى ترتبط بمعارف ذات طابع عالمى، ويعود الفضل فى ذلك إلى مرحلة دقيقة من تاريخها، فترة حكم محمد على (١٨٠٥-١٨٤٧)، وهى مرحلة تم خلالها نقل العديد من التقنيات الحديثة لتستخدمها جماعات مهنية تكونت لهذا الغرض. كان "محمد على" يهدف إلى تحديث بلاده وتأمين سلطته، فاهتم بالحالة الصحية لجيشه، وقرر أن يتبنى النموذج الغربى للطب ويطبقه فى بلاده، وذلك نظرًا إلى أن الطب الحديث، الذى كان يمر بمرحلة المخاض فى أوروبا، أصبح أكثر فاعلية من الطب السائد آنذاك فى الشرق، والذى كان ميراثًا ضعيفًا للطب العربى التقليدى فى العصور الوسطى. استدعى "محمد على" طبيبًا فرنسيا هو "أنطوان برتلمى كلوت"(*) ـ الذى درس فى جامعة مونبلييه (ما بعد الثورة) ـ فأسس فى بضع سنوات نظامًا حديثًا للصحة فى مصر.

منذ عام ١٨٢٧ أنشأ "كلوت بك"(٢) مستشفى بالقرب من القاهرة(**) على

(*) راجع (١٣) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

(**) كانت الخانكة مقرا للمعسكر العام للجيش الذى أنشئ حديثا فى ١٨٢٠، فأنشأ محمد على باشا المستشفى العسكرى بأبو زعبل. (المحرر)

أحدث الأسس العلمية، والتى كانت المؤسسة الوحيدة الشرعية لعلاج الشعب، كما أنه أسس فى العام ذاته مدرسة للطب من أجل تعليم أطباء مصريين سيتحملون عبء إدارة هذا النظام الصحى، وأخيرًا استخدم أسلوب البعثات الدراسية إلى الخارج، وبشكل خاص إلى فرنسا، بغرض تكوين أساتذة قادرين فيما بعد على إعادة إنتاج هذا النظام.

وهكذا فى أقل من نصف قرن من مجىء "كلوت بك" إلى مصر أصبح النظام قادرًا على الاستمرار وإعادة إنتاج نفسه.

يبدو من خلال هذا النموذج، الذى علق عليه المؤرخون، أن الهيئة الطبية المصرية ورثت وجهًا ثابتًا، خاصية الاستمرارية، وقد تدعمت هذه الصورة من خلال تأسيس كلية طب قصر العينى(*) والتى استمرت فى المكان نفسه الذى شغلته مدرسة الطب القديمة التى أسسها كلوت بك، ومن جهة أخرى فإن وجود شهادة على إتمام الدراسات الطبية — تحدد تخصص كل طبيب — تؤكد على تجانس هذا الفريق، إلا أن الوضع الحالى للمهنة التى تمر بأزمة غير مسبوقة، يناقض تمامًا هذه الصورة، ويدعو إلى التفكير فى مصير هذا الفريق الذى تكون وأثبت وجوده منذ مرحلة الحرب العالمية الأولى حتى يومنا هذا، وتحديدًا حتى مرحلة الانفجار[٣].

من أجل بحث الإطار الذى تطور من خلاله الطب المصرى، كانت هناك ثلاثة محاور تفرض نفسها فى سياق البحث.

يؤدى المحور الأول إلى العودة للبحث فى التكوين العلمى للفريق، وهو أكثر تعقيدًا مما يبدو عليه للوهلة الأولى.

فالخطاب المستخدم يشبه أسلوب سير الأنبياء أو الملاحم، سواء فى تمجيد العمل الحضارى للغرب، أو على العكس منه نقد مرحلة انتقال النموذج العلمى

(*) أنشئت مدرسة الطب عام ١٨٢٧ بأبو زعبل إلى جوار المستشفى العسكرى، ثم نقلت المدرسة ومعها المستشفى إلى قصر العينى عم ١٨٣٧. (المحرر)

الذى يحدث دون الأخذ فى الاعتبار الثقافة والنماذج المحلية. عند الحديث عن الجذور نجد ميلا إلى تفسير كل شيء وإرجاعه إلى استعارة النموذج الغربى، فلا ينظر عندئذ إلى تحليل عملية الانتقال ذاتها فى تفاصيلها وأشكالها المحددة، ولا يتم الحديث عن كيفية تطبيق وإعادة تقييم هذا النموذج فيما بعد من قبل المستهدفين منه. غير أنه فيما يتعلق بمصر تحت الاحتلال وبمصر بعد الاستقلال فمن الممكن أن ندرك من خلال هذا التيار أسلوبًا خاصا لكيفية أن تكون عالميا.

بسبب هذه اللعبة المركزية بين الموروث والمنقول، الغرب والشرق، الآخر والأنا، يميل المحور الثانى إلى دراسة بناء الهوية والمكانة الخاصة بالفريق، إضافة إلى المساحة الشرعية التى منحها لهم المجتمع المستقبل لهذه المهنة.

فمع إدخال تخصص جديد، الطب الحديث، داخل بنية اجتماعية تعيش على نماذج مختلفة تماما، يخلق المتخصصون الجدد ثقافة ونماذج خاصة من خلال اللعب على ميراث الغرب وعلى تقاليدهم هم المعرفية.

وفى المقابل يلزم إدراك وتحليل كيفية استقبال وقبول المجتمع لهذه المعارف الجديدة وللقائمين عليها من أجل تحديد ما إذا كان مستعدا للاعتراف بدورهم الاجتماعى وبقدرتهم على العمل من أجل مستقبله. ففى مسألة مثل الطب تصبح علاقات القوى بين ما هو تقليدى وما هو حديث هى صورة المهنة، الصورة المرسلة والصورة المستقبلة التى تسهم بشكل كبير فى نجاح مشروع التحديث.

وأخيرًا يرتبط المحور الثالث بدراسة طريقة التعبير عن مهنة الطب فى السياسات الصحية التى تطبقها الدولة، أو بالأحرى الدول المصرية المتعاقبة، ويتعين الأمر هنا بمعرفة وضعية الفريق فى خدمة أيديولوجية الدولة وخدمة مشروع الغطاء الصحى لها، إذ إن الصحة بالفعل هى إحدى فرضيات الدولة الحديثة(٤). فى هذا الإطار يلعب الأطباء دور الرسل التبشيريين للحداثة، فالعلاج هو منح الرفاهية التى تريد الدولة الحديثة كفالتها، فكونك طبيبًا لا يعنى فقط أنك تمثل مهنة محترمة، إنما يعنى أيضًا أنك فى خدمة الشعب. مهنة الطب فى مصر

منوط بها فى المقام الأول الدفاع عن امتيازاتها المهنية والاجتماعيـــة، ثـــم حـــين توضع فى اختبار اتساع رقعة الخدمات الصحية، تخرج منه فـــى حالـــة مختلفـــة ومفككة البنية.

نستطيع أن نقرأ كل تناقضات هذه المهنة، التى خدعتها ميولها الاجتماعيـــة الطبيعية، من خلال النظر إلى نموذجين للأطباء، الأول طبيب محترم فى ثلاثينيات القرن العشرين، يمارس مهنته الخاصة فى المدينة خارج أطر الطـــب الـــشمولى، والثانى لشاب ممارس يعيش اليوم، يعمل موظفًا يتقاضى أجرًا زهيدًا وغير محـــدد الانتماء الطبقى.

هذا الكتاب نموذج مصغر من رسالة الدكتوراه التى نوقشت فـــى ســـبتمبر ١٩٩٤ فى (EHESS) تحت رئاسة فانى كولونا، التى أوجه لها امتنانى العميق.

أشكر أيضًا جون كلود فاتين الذى حين استضافنى فى مركز الأبحاث سيداج (CEDEJ) أتاح لى الفرصة لتحقيق هذه الرسالة فى أفضل الظروف خلال إقامتى الطويلة بمصر.

وقد استفاد هذا العمل من الشبكات العلمية النشطة والتبادل الـــودى بفـــضل إليزابيث لونجونيس وآن مارى مولان وألان روسيون. وحاز نشر هـــذا الكتـــاب على تأييد مركز (GREMMO) ورئيسه أوليفييه أورانش وأيضًا جمعية أصـــدقاء بيت الشرق.

ويرجع الفضل أيضًا إلى تيريز أوزيول مسئولة النشر فـــى بيـــت الـــشرق المتوسطى وإلى نيللى قلعى التى تحملت مسئولية تنفيـــذه. أود أن أوجـــه شـــكرى للجميع.

الهوامش

(1) J. Leonard, *Les médecins entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, AubierMontaigne, 1981, p. 8.

(2) A. B. Clot ayant obtenu le beylicat en 1831, ii est plus connu sous Clot Bey, par lequel ii sera dCsigné dans Ia suite.

(٣) كتاب L.Boltanski,

بعنوان: Les cadres, la formation d'un groupe social, Paris

الذى صدر عن دار نشر Minuit, عام ١٩٨٢. كان لهذا العمل تأثيرا أساسيا على دراستى هذه، حتى إنها اختلفت أثناء تطورها عن بداياتها. فقد تشكلت الكوادر عبر عملية توحيد الجماعات المتفرقة فى حين أن الأطباء المصريين بدو وكأنهم مجموعات قد تم تشكيلها منذ البداية، ولكننا كنا نصل فى الحالتين إلى حالة من حالات الانفجار.

(4) M. FuL'nil1, Naissance de Ia clinique, Paris, PUF, 1988.

الجزء الأول

من الأوبئة إلى الأمراض المتوطنة
تشكل السلك الطبى المصرى

الفصل الأول

القرن التاسع عشر الطبى
محاربة الأوبئة

طوال القرن التاسع عشر كانت مصر تثير فضول الرحالة، وتسيل لعاب القوى الأوروبية الكولونيالية، ومن ثم ازدادت وتيرة العبور فوق أراضيها من قبل العديد من الجماعات والأفراد القادمين من الغرب، بغرض التأثير النهائى على أنماط التفكير والفعل.

لقد كرس هؤلاء الأجانب معارفهم من أجل قراءة الوضع الصحى فى البلاد التى يمرون خلالها، أو التى يقررون الإقامة بها، وكانوا يقيمون الأوضاع بحسب ما يخشون وبحسب التصنيفات التى يقدمها لهم الطب، وقد أدت قراءة هؤلاء الأجانب إلى رسم مظاهر الأمراض الباطنية فى مصر، البلد التى تسيطر عليها الأوبئة.

مصر أرض الأوبئة

فى مفترق الطرق

كان الشرق ضحية، مثل الغرب، حتى نجح الطب الحديث فى فرض قواعده ونجاحاته على "نظام قديم للألم"(١)، نظام تميز بالعودة الدورية للأوبئة الخطيرة التى تقضى على سكان بأكملهم فى بضعة شهور.

لقد عاش النبى محمد (صلى الله عليه وسلم) نفسه أثناء الوباء الكبير للطاعون، المعروف بطاعون جوستينيان، ذلك الطاعون الذى اجتاح مناطق عديدة فى القرنين السادس والسابع، محدثا أضرارا جسيمة على طول سواحل البحر المتوسط. ومن خلال معايشة الرسول لهذا المرض ــ حتى وإن كانت معايشة غير مباشرة- استنتج بعض المبادئ التى ستظل أسس التعامل الجماعى فى مواجهة الأوبئة.

وأول هذه الأسس إن الوباء، وحتى نكون أكثر تحديدا "الطاعون" الذى هو التعبير الأكثر انتشارا، إنما هو نتيجة لإرادة الله، وهو عقاب الله الذى لا يسعنا إلا الخضوع له وقبوله: "كل إنسان مخلص يذعن للبقاء فى بلده أثناء اجتياح الطاعون ويكون على يقين من أنه لن يصيبه إلا ما كتب الله له، ستكتب له الشهادة"(*)(٢). كما أن هناك بعض الأحاديث التى تبرر الحجر الصحى أو على الأقل تمنع الذهاب إلى أماكن موبوءة "عندما يعلم أحدكم بتفشى الطاعون فى أحد الأمصار فلا يذهبن إليه، ولكن إذا انتشر الطاعون فى بلدكم لا تبرحوا أماكنكم"(*)(٣).

وأخيرا هناك أحاديث تنفى قطعيا وجود ظاهرة العدوى. هذه المبادئ ذات البعد الدينى استكملت فيما بعد على أيدى أطباء عرب، وعلى وجه الخصوص الأطباء الذين عاصروا الطاعون الأسود فى القرن التاسع عشر، حيث دونوا الأعراض والمظاهر بشكل دقيق وصحيح جدا. ومن أجل شرح ظاهرة الوباء، استلهم هؤلاء الأطباء الكثير من أعمال أبقراط(**) وجالينوس(***) والكتاب العرب

(*) الحديث الشريف: «أَنَّهُ عذابٌ يبعثُهُ اللَّهُ على منْ يشاءُ، وأنَّ اللَّه جعلهُ رحْمةً للمُؤْمنين، ليْس منْ أحد يقعُ الطَّاعونُ فيمكثُ فى بلده صابرًا مُحتسبًا، يعْلمُ أنَّهُ لا يُصيبُهُ إلاَّ ما كتب اللَّهُ لهُ، إلاَّ كان لهُ مثْلُ أجْر شهيد» (البخارى). (المحرر)

(*) الحديث الشريف: «إذا سمعْتُمْ بالطَّاعون بأرْض فلا تدخلُوها، وإذا وقع بأرْض وأنْتُمْ بها فلا تخْرُجُوا منها» (البخارى). (المحرر)

(**) راجع (١) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

(***) راجع (١١) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

الذين تبنوا نظرية "الروائح الصادرة من مواد متعفنة" (theorie des miasmas) فى العصور الوسطى.

فنجد ابن سينا(*) يتبنى ويطور فكرة مؤداها "أن الطاعون يتولد من فساد الجو"، ومن ثم ينادى بمقاومته من خلال استخدام العطور والأبخرة الفواحة، إلا أننا لا نجد أحدا من الذين واجهوا الطاعون الأسود يدافع عن مبدأ العدوى، بيد أن ابن الخطيب(**) (الأندلسى) كان من أكثر مؤيدى نظرية العدوى ولكنه سرعان ما اتهم بالهرطقة(٤).

أدت هيمنة المنطق الخاص بنظرية الروائح الصادرة من مواد متعفنة، إلى فرض إجراءات وقائية تهدف من جهة إلى تحسين جودة الهواء، ومن جهة أخرى إلى زيادة مقاومة الإنسان ضد الأمراض، وهذا يتطلب الحياة فى منزل مواجه لجهة الشمال، علاوة على رش المنزل والسكان بخليط من ماء الورد والخل، بالإضافة إلى نمط من الحياة الهادئة والمستقرة مما يقى من التعرض للطاعون، وأخيرا يمكن الحصول على المناعة بفضل نمط غذائى محدد، إذ يوصى ببعض أنواع من الغذاء على وجه التحديد، كالبصل مع الخل، والعدس وعصير الليمون والرمان والعنب، فى حين يجب الابتعاد عن أنواع أخرى من الطعام من بينها الذرة الصفراء(٥).

أما إذا أصيب الإنسان برغم كل ذلك، فكانوا يحاولون التعامل مع بعض العلاجات النادرة لطرد المرض، ومنها إسالة الدماء، التى تظل الطريقة الأكثر شيوعًا، وهناك طريقة شق الجلد الموبوء، ويبدو أنها كانت تمارس بكثرة رغم أنها نادرة الذكر فى النصوص. وعلى وجه العموم، لم يكن الأطباء العرب يملكون أكثر مما يملك الأطباء فى الغرب فى مواجهة هذا الوباء الطاغى، فظل اللجوء إلى الدين

(*) راجع (٩) فى هوامش الأعلام. (المحرر)
(**) راجع (٥) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

والسحر هو الأكثر تفضيلا، حيث نجد فى هذا الصدد وصفات عديدة تفوق فى عددها الوصفات الطبية[٦].

وعلى مر القرون أدت المواجهة، بين الأحاديث وكتابات الأطباء العرب عن الطاعون، إلى "بلورة نظرة متجانسة مقبولة ومستخدمة فى معظم البلاد الإسلامية حتى بداية القرن التاسع عشر"[٧]، وفى هذه الحقبة لم تختف الأوبئة، بل أصبحت أكثر تهديدًا بسبب تضخم حجم التبادل الدولى.

لفترة زمنية طويلة، على الأقل حتى بداية القرن الثامن عشر، لعب موقع مصر الجغرافى دورًا متميزًا وفعالا على صعيد التبادل التجارى، حيث قامت على مستوى حوض البحر المتوسط بإعادة توزيع سلع مثل البهارات والقهوة التى كانت الأراضى الحجازية مركزها التجارى[٨].

شكل حوض البحر المتوسط نقطة التقاء بين الشرق البعيد والغرب، ولذا أصبح مهد هذا التبادل الدولى، واحتلت مصر بذلك النقطة المحورية وسط ثلاث قارات. ففى الواجهة المتوسطية نجد ميناء الإسكندرية المطل على الشمال الغربى فى اتجاه أوروبا، وفى جهة الشمال الشرقى نجد مدينة دمياط المطلة على تركيا وآسيا، أما البحر الأحمر الواقع فى جهة الشرق فكان يفتح الطريق إلى الهند مرورًا بالأراضى الحجازية، حيث التجارة والحج، وأخيرًا فالطريق البرى غربًا يؤدى إلى بلاد شمال إفريقيا وموانئ أريتريا وأفريقيا.

فى مطلع القرن التاسع عشر، سيطرت مدن دمياط ورشيد ومدينة القاهرة بوجه خاص على المعاملات التجارية، وفى عام ١٨١٩ بدأ نائب السلطان "محمد على" بحفر قناة المحمودية التى ربطت الإسكندرية بالنيل وأمدتها بالمياه العذبة، فكسرت بذلك عزلة هذه المدينة القديمة المتواضعة، التى ستهيمن منذ ذلك الحين على معظم التجارة المصرية[٩]، والتى ستلعب فى الوقت نفسه دورًا أساسيا فى إعادة توزيع الأوبئة.

وخلال عام ١٨٥٠ أصبح ميناء الإسكندرية ميناءً دوليا، فبفضل الملاحة البخارية، التى ظهرت خلال تلك الفترة، أصبحت الرحلة بين الإسكندرية ومرسيليا على ظهر السفن البخارية تستغرق ستة أيام فقط بدلا من خمسة عشر إلى ثلاثين يومًا بالسفن الشراعية، ولم يعد أى سفر فى البحر المتوسط يستغرق أكثر من أسبوع[١٠]، فأصبحت هذه المواصلات المكثفة مصدرًا لمزيد من مخاطر نقل العدوى فى حوض المتوسط.

وكانت مصر تشهد كثافة فى المعاملات والانتقالات خلال فترة الحج السنوى إلى مكة، ففى كل عام، علاوة على قيام قافلة مصرية مهيبة من القاهرة لنقل كسوة الكعبة، كانت القاهرة ملتقى جمع الحجاج من شمال إفريقيا وآسيا الوسطى والبلقان، وظلت تلك القافلة البرية حتى بداية القرن التاسع عشر تنقل عشرات الآلاف من البشر من القاهرة إلى مكة، مرورًا بسيناء الغربية ثم العقبة لتسير بمحاذاة شاطىء الأراضى الحجازية، وكانت الرحلة عبر درب الحج تستغرق حوالى ثلاثة أشهر أو يزيد.

وفى بدايات القرن التاسع عشر، وبسبب الحرب الدائرة فى منطقة الأراضى الحجازية[*]، بدأ الحجاج فى السفر عن طريق السويس، وفى هذا يشير "الجبرتى" إلى أنه فى عام ١٨١٧ لم يكن الحجاج يجدون أماكن على متن البواخر، وأن القاهرة اكتظت بالمسلمين الأجانب الذين أتوا إليها من كل صوب، واضطروا نظرًا للظروف إلى أن يمكثوا فى القاهرة[١١].

(*) فى بداية القرن التاسع عشر اشتد عود الحركة الوهابية بالأراضى الحجازية، بعد تأييد الأمير "عبد العزيز بن سعود" لها. ولم يأت عام ١٨٠٥ إلا وكان الوهابيون قد احتلوا الطائف ومكة والمدينة. وكتب "سعود بن عبد العزيز بن سعود" إلى السلطان العثمانى ينبئه بهذا الفتح، ويطلب إليه منع خروج المحمل من القاهرة أو دمشق بدعوى "أن هذا ليس من الإسلام فى شىء". فتعطلت مراسم الحج السنوية، واستنجد السلطان العثمانى بمحمد على باشا وطلب إليه محاربتهم.. وظل محمد على يماطله حتى عام ١٨١١، ثم أرسل حملة بقيادة ولده طوسون باشا، ليخوض حربا بالأراضى الحجازية عرفت بالحرب الوهابية، أكمل مراحلها النهائية إبراهيم باشا، حتى حقق النصر على الوهابيين، ودمر عاصمتهم مدينة الدرعية. (المحرر)

ورغم أن الملاحة الشراعية واجهت صعوبات بسبب الظروف الجوية والمخاطر التى يمكن أن تواجهها فى البحر الأحمر، إلا أن إدخال الملاحة البخارية فى المنطقة اصطدم بصعوبة أساسية، وهى ضرورة إرسال الفحم إلى السويس عن طريق رأس الرجاء الصالح وبومباى.

كان من جراء ذلك أن لعبت مشكلة التكاليف الباهظة هذه دورا فى منع إقامة خط بخارى منتظم بين السويس والهند، وذلك حتى عام ١٨٣٥عندما قام ضابط بريطانى بتنظيم طريقة لنقل الفحم بين القاهرة والسويس على ظهر الجمال، فانخفض سعر طن الفحم الحجرى فى السويس من عشرة جنيهات إلى ثلاثة جنيهات، وفى هذا العام نفسه[١٢] تم تأمين خدمة الصناديق القادمة من الهند إلى مصر، مما فتح الباب أمام تسيير أسطول من السفن البخارية لنقل المسافرين وبخاصة الحجاج، وتنازل نائب سلطان القسطنطينية عن حق الامتياز، لمدة ثلاثين عامًا، لصالح شركة ملاحية تحت المظلة العثمانية، وبعد سنتين (من انتهاء مدة الامتياز)، أى فى عام ١٨٥٨، تم ربط السويس بالقاهرة عن طريق خط للسكك الحديدية.

كان لا يزال السفر عبر الأراضى الحجازية يستغرق مدة تقرب من شهرين بسبب غياب خطوط السكك الحديدية والاعتماد فى الانتقال على الجمال، إلا أن مخاطر الإصابة والعدوى تزايدت ومشاكل الوقاية والحماية ازدادت، نتيجة ثورة وسائل المواصلات وإزالة فترة "الحجر الصحى الطبيعى" التى كانت تفرضه ظروف السفر بالقوافل.

فتغيير وسائل المواصلات من القوافل البرية إلى الملاحة البخارية والسكك الحديدية لم تحسن شروط سفر الحجاج الذين ظلوا يتعرضون أثناء سفرهم لمخاطر الأمراض والأوبئة، ففى عام ١٨٩٤ سافر الدكتور صلاح صبحى إلى الحج، بصفته مفتشًا صحيا لمدينة القاهرة ومندوبًا عن المجلس الصحى والملاحى والحجر الصحى المصرى، فيكتشف الاستهانة التى كانت تتعرض لها القواعد الصحية.

لفت نظره فى البداية تكدس وتلاصق الحجاج، ولاحظ مظاهر مرحهم الإنسانى على الرغم من انعدام أسباب الراحة: "يحتل الحجاج كل شبر من المكان حتى الممرات والجسور الصغيرة والسلالم، فيجلسون جنبًا إلى جنب، لا يبدو عليهم الضيق من الجو رغم شدة الحرارة فى الصباح والرطوبة فى المساء، يجتمعون من كل صوب، رجال ونساء وأطفال من جميع الجنسيات، فرس وسوريون وجزائريون ومصريون ومغاربة، يغنون ويتحدثون ويدخنون ويأكلون وينامون، إن صبرهم مثير للإعجاب"(١٣).

ويتزايد الخطر فى حقيقة الأمر أثناء طقوس الحج ذاتها، فمياه الشرب فى جدة غير صحية، خاصة مياه زمزم "التى يبيعها سكان البلاد فى قارورات من الحديد الأبيض" ويأخذها الحجاج فيما بعد لأسرهم (فى نظر الدكتور المصرى، الحجاز دولة تكاد توصف بأنها دولة بربرية)(١٤)، بل إن يوم النحر أكثر مصادر الخطر فى نظر الدكتور صبحى، حيث يذبح خلاله حوالى ٩٠٠٠٠٠ رأس ضأن، فالمخاطر من انتشار الأوبئة كبيرة جدا نظرًا لتحلل هذا العدد المهول من الأضحيات دون اتخاذ الإجراءات الوقائية الكافية من قبل الحكومة التركية لدفنها(١٥)، وبحسب الدكتور صبحى هناك ضرورة ملحة لتطبيق المقاييس الصحية حتى لا يفنى الجنس المسلم خلال بضعة قرون(١٦)، هذا بالإضافة إلى مخاوف المراقبين الأجانب، الذين يرون ضرورة منع انتقال العدوى بكل السبل إلى أوروبا.

لا يمكن إنكار دور الحج فى إعادة انتشار الأوبئة، فإذا اعتبرنا أن الملاحة عبر المتوسط كانت فى القرن الثامن عشر عاملا مهما فى انتشار الطاعون، فإن انتشار وباء الكوليرا فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر كان بسبب الحج. وسرعان ما تم الربط بين وصول الحجاج المصابين بالكوليرا من الهند، وبين انتشار المرض فى البلاد الإسلامية عند عودة الحجاج إلى بلادهم، ومن أجل تفادى هذا الأمر، اقترح النابغة الدكتور صبحى، أن يتم الفصل فى السنوات التى تنتشر فيها الكوليرا، بين حجاج الجنوب حاملى المرض (الهنود وأهل جافا أى إندونيسيا)

وحجاج الشمال (الأتراك والسوريين والمصريين والمغاربة والجزائريين... إلخ)، فاقترح أن تخصص السنوات الفردية لحجاج الجنوب والسنوات الزوجية لحجاج الشمال، حتى تقل احتمالات إصابتهم بسبب ظروف الحج والاختلاط(١٧)، وبهذه الطريقة يمكن الحفاظ على أرواح الملايين فى العالم دون تكبد مصاريف كبيرة(١٨).

خوف الغرب الكبير

حين وصل بونابرت إلى مصر، على رأس حملته عام ١٧٨٩، كان الطاعون قد اختفى من أوروبا منذ عام ١٧٢٠، تاركًا ذكرى أخيرة لا تنسى فى مرسيليا. لقد ترك الطاعون فى الذاكرة الجماعية لسكان أوروبا مخاوف لا تمحى، حيث انتشر على مدار قرون عديدة مسببًا وفاة نسبة كبيرة جدا من السكان، مما أدى إلى إزالة قرى ومناطق بأكملها من الوجود، وخلال القرن التاسع عشر عندما أتى الرحالة الأوروبيون إلى مصر (الرحالة المصاحبون للحملة، وفيما بعد رحالة أقل ثقافة) وجدوا أنفسهم للمرة الأولى وجها لوجه أمام هذه الويلات.

يرصد المراقبون المصاحبون لحملة بونابرت ثلاثة أمراض رئيسية من الأمراض الباطنية المصرية، كانت بادية للعيان دون عناء: "من الطبيعى ألا تكون مصر مرتعًا للكثير من الأمراض، وذلك نتيجة لتمتعها بحرارة معتدلة وبسماء صافية طوال العام، إلا أن القليل من هذه الأمراض شديد الخطورة، فالطاعون يضرب مصر على فترات زمنية متباعدة نسبيا... أما الديسنتاريا فرغم أنها أقل خطرًا من الطاعون، إلا أن تأثيراتها المميتة لا تقل خطورة بسبب سوء التغذية والبيئة غير الصحية، فالديسنتاريا مسئولة عن وفاة عدد كبير من السكان وخاصة الأطفال. أما الجدرى، الذى كان يتسبب فى حالات الوفاة ببلادنا، فمازال يقضى على السكان فى الشرق، إنه خطير فى مصر ويظهر فيها بصورة أكثر هولا منه فى أوروبا، ونادرًا ما ينجو منه الأطفال"(١٩).

الطاعون مرض يلهب الخيال، فنجد "ويليان ويتمان" (جراح إنجليزى صاحب الحملة العسكرية البريطانية التى جاءت لمواجهة حملة بونابرت) الذى عاصر اجتياح الطاعون لمصر عام ١٨٠١، يخصص لذلك العديد من الصفحات في سيرة رحلته، فيصف المرض ويبحث عن أسبابه وعن العوامل التى تساعد على ظهوره[٢٠].

أما "كلوت بك" فيعتبر الأمراض الباطنية المهيمنة فى مصر، هى الرمد والديسنتاريا والجدرى، والطاعون الذى كان أول مرض يواجهه لدى وصوله إلى الإسكندرية، وذلك عندما استدعى للكشف على رجل مصاب بالطاعون من أفراد طاقم أحد المراكب، وكان لا يعلم عن هذا المرض إلا بعض المعلومات النظرية[٢١].

اتفق الأطباء المصريون الذين تعلموا الطب الحديث على يد كلوت بك ذاته، مع التعريفات التى حددها الغربيون للأمراض الباطنية، إذ نجد موضوع رسالة أول طبيب مصرى يحصل على درجة الدكتوراه من جامعة باريس عام ١٨٣٣ بعنوان "بعض الكلمات بخصوص الأمراض الثلاثة المتوطنة فى مصر، الرمد والديسنتاريا والطاعون".

كان استمرار ظهور الطاعون بكثرة فى مصر، يشجع على الاعتقاد بأنها الموطن الأصلى لهذا المرض، نتيجة لوجود الأرض الرطبة لوادى النيل والفيضان السنوى، فبحسب نظرية "الروائح الصادرة من مواد متعفنة"، تصنف مصر باعتبارها أرضًا خصبة لانتشار أبشع الأمراض. ويتأكد الربط بين الفيضان والطاعون نتيجة لظهور الأوبئة عادة فى مواسم الغمر، غير أن الإسكندرية ــ هذا الميناء الكبير الذى تعقد من خلاله علاقات لصيقة وممتدة بين أطقم البواخر والسكان المحليين ــ تشهد إصابة أكبر عدد من أفراد طواقم البواخر فى القرن التاسع عشر[٢٢]، وهو عكس الاعتقاد السابق بأن مصر تمثل بؤرة نشطة للطاعون.

مجمل هذه العوامل، بالإضافة إلى وجود المرض فى مصر بشكل متكرر خلال الجزء الأول من القرن التاسع عشر، نبهت الدول الغربية إلى ضرورة مجابهة هذه الكارثة، فهذه الدول لا تريد عودة الطاعون، الذى دمرها من قبل، عن طريق البحار تحت أى ظرف.

وإذا كان الطاعون قد حوصر فى منطقة الشرق، فعلى العكس منه استطاع وباء الكوليرا أن يكسر الضوابط الإجرائية الغربية فى عام ١٨٣٢ ــ بعدما أجهض انتشاره فى المرة الأولى من موطنه الدائم بالبنغال عام ١٨١٧ ــ وقد تسبب انتشاره فى أوروبا إلى إحداث صدمة عميقة أعادت إلى الأذهان زمنا كان يعتقد أنه مضى دون عودة.

كان الجمهور فى باريس يعتقد أن زمن الأوبئة قد انتهى، لدرجة أن هذا الجمهور لم يصدق وصول المرض إلى العاصمة، إذ إن المستوى المتقدم الذى وصلت إليه الحضارة يشكل حاجزا طبيعيا ضد غزو المرض الذى ينتشر "فى المناطق الكريهة والعفنة لبعض دول آسيا الصغرى وروسيا وبولندا"(٢٣). وأمام مشاهد نقل الجثث إلى المقابر على ظهر العربات التى تجرها الخيول، أصبح من الضرورى الإقرار بأن الكوليرا دخلت باريس. إن الظهور العنيف للكوليرا، والذى أدى إلى الوفيات بأعداد رهيبة (٤٠ إلى ٦٠%) بالإضافة إلى الشائعات ومنظر الضحايا، أعاد إلى الأذهان المخاوف القديمة للعصور الوسطى، وفى الوقت نفسه فتح الباب لقراءة الوباء بشكل جديد، فأرجعه إلى أسباب اجتماعية بالإضافة إلى الأسباب الطبيعية.

ومنذ ذلك التاريخ فصاعدا، خصصت مدينة مثل باريس "إدارة شرطة صحية" مدربة تدريبا جيدا لمقاومة الوباء، مهمتها إثبات ملاحظة واضحة: أن الفقراء يموتون أولا من الكوليرا، وبأعداد تفوق الأغنياء. ويتضح من خلال التقرير الخاص بمسارات وتأثيرات الكوليرا فى باريس أن الكارثة الجديدة كشفت عن تأثير شروط الحياة على الوفيات، مما لفت الانتباه إلى الجانب الاجتماعى

للمرض[٢٤]. فالعامل البروليتاري كان أول ضحايا الأوبئة، التى أضافت ضغطا جديدًا على حياته المتدهورة أصلا مما رفع من حالة التذمر والفتن السائدة[٢٥]، ومن ثم تعمقت وازدادت، فى القرن التاسع عشر، حالة الخوف فى فرنسا البرجوازية من انتشار الأوبئة نظرا لبعدها الاجتماعى.

تطابق ظهور هذا المرض الجديد مع بداية الغزو الكولونيالى، فالأمراض الوبائية التى كانت أسبابها وطرق علاجها مجهولة حتى ذلك الوقت، باتت أمراضا غامضة أكثر من أى وقت مضى، حيث إنها تولدت من أعماق الأراضى الإفريقية والأحراش والأنهار الكبيرة التى تم البدء فى اكتشافها، ولذلك أطلق عليها "الأمراض الغريبة أو المجلوبة"، وعليه فان " السياسة الصحية" التى تبلورت فى أوروبا ــ خاصة فى لندن وباريس ــ وجدت فى هذه الأراضى الجديدة امتدادًا طبيعيًا لإجراء اختباراتها.

ورغم أن مصر لم تكن فى النصف الأول من القرن التاسع عشر قد وقعت فى براثن القوى الكولونيالية بعد، إلا أنها لم تتمكن من الفرار من تأثير الغرب فى مجال التنظيم الصحى العالمى، فالكوليرا مثل الطاعون تشق طريقها عبر القنوات الأرضية والبحرية الأساسية، ولأن مصر نقطة التقاء تجارى بالنسبة للحجاج، فهى على رأس قائمة إجراءات الحماية المطلوبة.

فى نهاية القرن الرابع عشر قامت القوى البحرية فى دبروفنيك وفينيسيا ــ لمواجهة غزو الأوبئة ــ بوضع نظام للحماية على أساس الحجر الصحى، تم تعضيده فى القرن التالى له، بضرورة الحصول على شهادات صحية، حيث تخضع السفن الحاملة لشهادات من موانئ موبوءة إلى حجر صحى صارم ومكلف.

مع اختفاء الطاعون فى أوروبا، بسبب جودة الإجراءات المطبقة واستمراريتها، شددت أوروبا رقابتها على الإمبراطورية العثمانية، فمنذ بداية القرن الثامن عشر، التزم القناصل المتمركزون فى الشرق بالتبليغ عن حالات الطاعون،

وبالتالى خفضت دول شمال المتوسط عدد موانئها المصرح لها باستقبال السفن القادمة من الشرق، فتم تحديد مينائى مرسيليا وتولون فقط فى فرنسا لاستقبال هذه السفن، مما يعنى بالطبع أنهما مجهزان بالحجر الصحى للأفراد والبضائع، الذى يسمح بالعزل لفترة تتراوح بين خمسة عشر إلى أربعين يوما.

دفع المناخ الليبرالى الذى شهدته أوروبا فى القرن التاسع عشر، إلى النظر باستياء للحجر الصحى المفروض، فالوقت المكتسب من جراء استخدام السفن البخارية، كان يضيع خلال الانتظار فى الحجر الصحى، إلا أن هذا المناخ الليبرالى فى الغرب لم يجد صدى له فى الشرق، ففى حين أعادت موانئ أوروبا النظر فى موضوع الحجر الصحى، حتى إنه اختفى منذ منتصف القرن التاسع عشر، نجد انتشاره يتزايد فى موانئ دول جنوب البحر المتوسط.

أصبحت هناك ضرورة ملحة لدى القوى الغربية، للقيام بحملة صحية فى مواجهة الأمراض الغريبة، فنشهد أولى تجارب التعاون الدولى آنذاك، إذ يقام فى باريس عام ١٨٥١ أول مؤتمر دولى عن الصحة، يجمع اثنتى عشرة حكومة أوروبية، ليضع أسس نظام الحجر الصحى الموحد لكل موانئ البحر المتوسط، يليه المؤتمر الثانى عام ١٨٥٩ والثالث فى القسطنطينية عام ١٨٦٦، وهذان المؤتمران يواصلان السير فى الاتجاه ذاته، للتأكيد على أن الحجر الصحى يكون أكثر فاعلية إذا طبق قرب المواطن الأصلية للأمراض، بالإضافة إلى تحديد المراكز التى تقع بالقرب من البحر الأحمر والتى يجب إقامة نقاط للرقابة الصحية فيها[٢٦]. بالرغم من عدم توصل تلك المؤتمرات إلى اتفاقيات محددة، إلا أنها تكشف عن الأولويات الجديدة فيما يتعلق بالحماية ضد الأوبئة، والمتمثلة فى ضرورة نقل المراكز الرقابية إلى الشاطئ الجنوبى للبحر المتوسط، وهى الدول التى لم تدع للاشتراك فى هذه المؤتمرات والتى لم تشارك فى قراراتها، فرغم أن هذه الدول هى الأكثر تضررًا من الأوبئة، إلا أنها لا تملك صوتًا فى هذه القضية الشائكة.

الديموجرافيا والأمراض
بمصر فى القرن التاسع عشر

بينما لم يعد الطاعون فى ذاكرة الغرب إلا بمثابة الذكرى المؤلمة الصالحة للروايات المخيفة، فإنه يظل حقيقة قاسية عند سكان الشاطئ الجنوبى للبحر المتوسط، فيستمر الطاعون فى مصر لمدة تصل إلى ثلاثين عاما.

تبدأ الموجة الأولى فى ١٧٩٩/١٧٩٨ لتشهد ذروتها فى عام ١٨٠١ خلال فترة الاحتلال الفرنسى، الذى سرعان ما اتخذ الإجراءات الوقائية من خلال إقامة مناطق للحجر، ومناطق تدخل فى الكردون الصحى، فمنذ السنوات الأولى للقرن التاسع عشر دأب الفرنسيون على حث المصريين لاتخاذ الإجراءات القسرية التى تصاحب الأوبئة الرهيبة دائما. وخلافًا لما يراه الجبرتى[٢٧] ـ المؤرخ المصرى الذى يكتب تفاصيل سنوات الاحتلال والطاعون، والذى لا يبدى استياء شخصيا من الإجراءات الوقائية التى يتخذها الفرنسيون ـ نلاحظ استهجان المصريين تجاه هذه الإجراءات التى يواجهونها لأول مرة، فهى بالنسبة لهم بمثابة قيود تتعارض مع عاداتهم الحياتية والدينية، مثل منع الدفن فى مناطق الدفن المعتادة، وقيام الكهنة بمراسم الدفن بدلا من الأهالى، مما يمنعهم من تجهيز موتاهم بالأسلوب المناسب للدفن، بالإضافة إلى ضرورة تعريض كل ممتلكات المصاب بالطاعون للهواء الطلق لمدة أسبوعين، وأخيرًا الإلزام بتبليغ السلطات عن كل المشتبه فى مرضه، وإلا يعاقب المتستر بعقوبة قد تصل إلى القتل[٢٨].

خلال تلك السنوات الخمسين الموسومة بالطاعون على الدوام، يبدو وباء عام ١٨٣٥ الأكثر ضراوة وهلاكًا، حين يظهر المرض بالإسكندرية فى نوفمبر ١٨٣٤، وحينها قام مجلس الحجر الصحى ـ الذى أنشئ منذ أربع سنوات خلال وباء الكوليرا الأول ـ باتخاذ التدابير اللازمة للحد من انتشار المرض، وللمرة الثانية، تواجه هذه التدابير بمعارضة الشعب المصرى، الذى يفضل الخضوع

لإرادة الله بدلا من الخضوع لإرادة القناصل الأجانب، فيتوجه وفد من علماء الدين بالإسكندرية فى ديسمبر، إلى نائب السلطان لإعلان احتجاجهم ، ضد الإجـراءات التى يصفونها بأنها متجاوزة للحدود، رافضين الأسلوب الذى يتم به فحص أجـسام الضحايا من قبل القائمين على الرقابة الصحية، والتى لا تتفـق مـع "القـانون"، ومستهجنين الطريقة التى ترسل بها أسر الضحايا إلى الحجر الصحى، حيث تزيـد هذه المواكب المنكوبة من خوف الجمهور، وتدفعهم إلى اللجوء للكتمـان حتـى لا يجبرون على ترك بيوتهم(٢٩).

كان يعد العزل من أكثر التدابير المرفوضة، لدرجة أن "محمد علـى" كـان يلجأ إلى هذا الإجراء تجاه المشايخ المناوئين كعقوبة قاسية، فيعزلهم فى منـازلهم على الطريقة الأوروبية(٣٠). ورغم أنه من العسير عزل كل الشعب فـى القـاهرة والإسكندرية داخل مناطق الحجر، إلا أن الحجر طبق بحزم فى بعـض الهيئـات العامة، ففى الإسكندرية وبناء على أوامر الأوروبيين، تـم بحـسم عـزل الـسفن ومستودع الأسلحة ومستشفى البحرية طوال فترة الوباء: "لأول مرة فـى الـشرق، منذ قرون، يتم الفصل بين الطاعون والجيش فيما يتعلق بالعـدوى والتعامـل مـع الضحايا(٣١).

يتسبب الطاعون ــ بالرغم من هذه التدابير وبعض النجاحات ــ فى هـلاك أعداد كبيرة جدا من السكان، إذ إنه انتشر فى كل البلاد حتى وصل إلى الـصعيد والفيوم، التى كانتا من المناطق قليلة التأثر فيما سبق، فقتل الطاعون فى هذا العـام وفق التقديرات من ٢٠٠ إلى ٥٠٠،٠٠٠ شخص، ليقضى على ٢٥% إلـى ٣٠% من السكان فى القاهرة والإسكندرية حتى أصبحتا وفق شهود عيان مـدن أشـباح، علاوة على ما يقرب من ١٠% إلى ١٢% من سكان القرى(٣٢)، حتى إنه قد احتاج الأمر لأكثر من خمسة عشر عامًا بعد هذه الكارثة لتعويض النسب الـسابقة مـن أعداد السكان.

تذكرنا هذه الأرقام بعدم ثبات الوضع الديموجرافى فى مصر خلال النصف

الأول من القرن التاسع عشر، الذى تميز بضخامة عدد الوفيات والتشوهات التى سببتها الأوبئة، حيث ظل الطاعون فى مصر حتى عام ١٨٤٤ ثم اختفى ليعود فى عام ١٨٩٩.

كان النظام الوقائى الذى طبقه الأوروبيون على الإمبراطورية العثمانية عام ١٨٤٤ حديثا، ولذلك لا نستطيع إرجاع الفضل إليه فى اختفاء المرض الذى كان يعود إلى أسباب طبيعية، إلا أن القوى الغربية لم تتمسك فقط باستمرار تطبيقه، بل عملت على تقويته لمواجهة الوباء الجديد، الكوليرا.

كان أول هجوم للكوليرا فى عام ١٨٣١ الذى اعتبر الأكثر خطورة فى مصر، وقد ارتبط ظهور الكوليرا طوال القرن التاسع عشر بفترة عودة الحجاج، ففى ربيع ١٨٣١، تحصد الكوليرا (المعروفة بكوليرا الهند والتى ظهرت من قبل منذ عشر سنوات) أرواح نصف الحجاج القادمين فى هذا العام، وتنتشر الكوليرا فى شهر أغسطس بالرغم من التدابير المطبقة لوقف الحجاج قبل وصولهم إلى العاصمة المصرية، مسببة هلعًا بين الأوروبيين المقيمين بها.

يدفع الوضع الخطير الذى يهدد الإسكندرية نائب السلطان إلى استدعاء القناصل لتنظيم سبل الدفاع عن المدينة وميناءها، فيشكل هؤلاء لجنة أولية من خمسة أعضاء، يقيمون كردونا صحيا ثانيًا حول الإسكندرية، ولكن اللجنة تنحل أمام شدة هجوم الوباء رغم التدابير المضاعفة.

تحصد الموجة الأولى من وباء الكوليرا من ١٥٠ إلى ١٩٠٠٠٠(*) ضحية فى البلاد، ثم تليها موجة ثانية فى ١٨٤٨ وثالثة فى ١٨٦٥. فى الحالتين الأولى والثانية لم تنجح التدابير فى منع الوباء من الدخول أثناء الحج، أما فى عام ١٨٦٥ أثناء انتشار وباء الكوليرا فى مكة، قام قباطنة السفن بتزوير الأوراق حتى يتجنبوا الحجر الصحى، وسرعان ما انتشر المرض فى المدينة[٣٣].

(*) هكذا فى الأصل.. ونظن أن المقصود (من ١٥٠٠٠٠ إلى ١٩٠٠٠٠). (المحرر)

تختلف الكوليرا عن الطاعون من عدة أوجه، فأولا تأتى الكوليرا على الدوام من مكة، مما يضع البحر الأحمر فى قلب النظام الدفاعى، فينصب الاهتمام على الحجاج ناقلى العدوى، وثانيًا يمثل نهر النيل بالنسبة لمصر نقطة ضعف أمام انتشار المرض، حيث إنها تعتمد على مصدر وحيد للمياه، وترتبط سهولة انتشار المرض أيضا بانتقال مصر من نظام رى الحياض إلى نظام الرى الدائم، فزيادة عدد القنوات ضاعف من إمكانية الإصابة، ويقال إن هناك ارتباطا بين طبيعة المرض و"الأيدى القذرة" مما يحث السلطات على بذل مزيد من الجهود فى مجال الصحة العامة، التى كانت تعانى تدهورًا كبيرًا فى مصر، كما أنه من الملاحظ أن الكوليرا تتسبب فى حالة من الهلع تفوق ما يسببه الطاعون، فيشير المراقبون آنذاك إلى أن الناس كانوا يمكثون طواعية فى البيوت على طريقة الأوروبيين عند انتشار الكوليرا[٣٤].

وأخيرًا تعتبر إصابة الكوليرا أقل حدة من الطاعون، فظهورها المتكرر بعد عام ١٨٦٥ أدى إلى نتائج "معتدلة" فى أعداد الوفيات، من ٢٠ إلى ٤٠٠٠٠(*) قتيل، وهو التقدير ذاته للوفيات التى نتجت عن مرض السل خلال الفترة (١٩٢٠-١٩٣٩).

دخلت مصر، مع تطبيق النظام الإحصائى بها منذ عام ١٨٩٠، إلى مرحلة ديموجرافية انتقالية، كما اختفت ظاهرة الأعداد الكبيرة فى الوفيات بسبب الأوبئة.

فلم تعد الأوبئة سببًا لارتفاع الوفيات، بل احتلت أمراض الجهاز الهضمى والأمراض الصدرية موقع الصدارة، بالإضافة إلى مرض الهزال الناتج عن سوء التغذية والأمراض المرتبطة بالعوز والفقر، بينما ظل تأثير التيفود والديفتيريا محدودًا مقارنة بتلك الأمراض الفتاكة[٣٥].

ومن جهة أخرى، فإن تحليل الأسباب المختلفة للوفيات بحسب أعمار

(*) هكذا فى الأصل.. ونظن أن المقصود (من ٢٠٠٠٠ إلى ٤٠٠٠٠). (المحرر)

الضحايا، يوضح المسئولية الأكبر لأمراض الجهازين الهضمي والصدرى فى نسبة وفيات الأطفال، التى تظل مرتفعة بشكل ملحوظ حيث تصل إلى ٦٠% من إجمالى الوفيات خلال هذه الفترة، وبالرغم من كل شيء يظل عدد سكان مصر خلال الفترة من ١٨٤٠ إلى ١٨٧٠ ثابتا نسبيا فى إطار عدد سكان منخفض، وتظل نسبة الزيادة ثابتة بالرغم من عدد الوفيات المرتفع[٣٦].

يشير التعداد الأول الذى أجرى فى مصر — والذى نجده شبه مطابق للفترة بين عامى ١٩٢٠ و١٩٢٥ — "إلى أن الخصائص قديمة، وتشكل بالفعل الهياكل الديموجرافية الحقيقية للشعب المصرى فى الماضى"[٣٧]، ولكن هذه الخصائص كانت تختفى حتى الآن وراء الأوبئة التى تثير المخاوف والتى كانت تستحوذ على اهتمام كل السياسات الصحية محليا ودوليا.

فى إطار "نظام الألم القديم"، الموت حاضر ولا يمكننا مواجهته إلا من خلال بعض الحواجز الخادعة.

لا يمكن مواجهة الأمراض إلا من خلال أطباء أكفاء وحلول علاجية مناسبة، وسيعود الفضل للقرن العشرين، المسلح بالوسائل العلمية والتقنية، فى التعامل مع الأمراض المصرية الأقل وضوحًا من الأوبئة، لكنها أكثر قدرة على حصد الأرواح.

يجب الإشارة إلى أن دخول الأسلوب الطبى للقرن التاسع عشر إلى مصر، كان بفضل الإنشاء المبكر لنظام الصحة العامة، مما أدى إلى التقليل من الآثار المدمرة للجدرى، الذى كان يتم التعامل معه فيما سبق على أنه مرض خطير ومنتشر.

نظام دفاعى للصحة

جهاز بدائى للصحة العامة

كانت الرغبة فى توفير الأطباء داخل الجيش، أحد الدوافع الرئيسية التى دفعت "محمد على" إلى جلب الطب الحديث وتطبيقه فى مصر. كان المجندون القادمون من القرى إلى القاهرة، يخضعون للفحص الطبى الذى يكشف عن وضعهم الصحى البالغ السوء، فإلى جانب الأوبئة المدمرة، كانت تتفشى بينهم أمراض فقر الدم والزهرى والجدرى والرمد، ولهذا قام فى عام ١٨٢٧ بإنشاء مستشفى عسكرى فى القاهرة وآخر فى الإسكندرية، وهما فى مقدمة المؤسسات التى واجهت بحق الأمراض الباطنية المتوطنة بمصر.

أما الفريق الثانى الذى اهتم به "محمد على" طبيا، فكان طلاب المدارس الابتدائية الحكومية الحديثة، تلك المدارس التى كان الهدف من إنشائها هو تخريج موظفين للعمل بالأجهزة الحكومية، وهؤلاء الطلاب كانوا يفتقدون إلى أى نوع من أنواع الرعاية الصحية. ففى عام ١٨٣٦ أصدر "محمد على" مرسوما تم بموجبه إرسال وحدة من ضباط الصحة العسكريين ــ كانت الأولى من نوعها ــ إلى كل مركز من مراكز الأقاليم، بغرض علاج أطفال المدارس الحكومية وتطعيم الأطفال، ثم قام بتعيين اثنين من المفتشين، أحدهما للصعيد والآخر للدلتا، مهمتهما تفقد سير عمل الممارسين فى الأقاليم[٣٨].

وفى عامى ١٨٤٢ و١٨٤٧ أصدر فرمانان متتاليان، لتعزيز هذه الخدمة الصحية الوليدة فى الأقاليم، وأدى التسريح لجزء كبير من الجيش[*] إلى تواجد

(*) انخفض عدد الجيش المصرى من ٢٣٦ ألف جندى عام ١٨٣٩ إلى ٩٤ ألف جندى عام ١٨٤٧، وذلك نتيجة معاهدة لندن ١٨٤٠، التى أبرمت بين إنجلترا وروسيا والنمسا وبروسيا وتركيا، ولم توقع عليها فرنسا، فى محاولة من هذه الدول (العظمى فى ذلك الوقت) لوقف تنامى قوة محمد على. وقد نصت المعاهدة فى أحد بنودها على: "أن تعد قوات مصر البرية والبحرية جزءًا من قوات السلطنة العثمانية ومعدة لخدمتها". واستنادا على هذا البند أصدر السلطان العثمانى فرمان ١٣ فبراير سنة ١٨٤١ الذى=

الأطباء المصريين على الساحة المدنية، وهم الأطباء الذين تشكلوا في مدرسة الطب بالقاهرة.

ومن جهة أخرى كان "كلوت بك" يرى ضرورة إدخال إجراءات صحية وقائية فى الأرياف، الغرض منها قيام نظام علاجى فعال للأمراض، إلى جانب توسيع نطاق التطعيم ضد الجدرى. ومن اجل ذلك تم تعيين رئيس أوروبى للأطباء فى عاصمة كل محافظة، وكان يقيم إلى جانب هذا الرئيس طبيب أوروبى آخر كمندوب عن إدارة الحجر الصحى بالإسكندرية، علاوة على صيدلانى أوروبى أيضا يكون مسئولا عن توزيع الأدوية مجانًا للسكان وإمداد أطباء المركز[٣٩]. وكان أطباء المراكز موظفين، أغلبهم من المصريين الذين تعلموا فى مدرسة الطب بالقاهرة، ومنوط بهؤلاء الأطباء السهر على حسن تطبيق الإجراءات الصحية، وتسجيل المواليد والوفيات، وضمان الخدمة الطبية بالمجان على مستوى القرى، وفى حالة ظهور الأوبئة كان عليهم اتخاذ كافة التدابير الضرورية لعزل القرى والمرضى، وكان كل طبيب من هؤلاء الممارسين يقوم بالإشراف على عدد يتراوح بين خمس وعشرين إلى ثلاثين قرية.

من الصعب تخيل الحياة والأوضاع الاجتماعية لأولئك الأطباء الأوائل ـ نظرا لعدم توافر شهادات مباشرة ـ الذين كانوا يقيمون بالمراكز ويتبعون للأطباء الأجانب، ويتحملون مسئوليات متعددة، تكون عادة مسئوليات قاسية تتجاوز قدرات رجل واحد، وتتطلب أكثر من أربع وعشرين ساعة فى اليوم لإنجازها، ورغم هذا فقد استطاع بعضهم إبهار الزائرين الأجانب بثقافتهم وتحضرهم.

وفى هذا الصدد تشير الليدى لوسى داف جوردون إلى لقائها عام ١٨٦٤ فى قنا مع الطبيب الحكومى المصرى "على أفندى"، الذى بالرغم من كونه ابنًا لأحد

=ينص فى أحد بنوده على: "ألا يزيد عدد الجيش المصرى زمن السلم عن ١٨ ألف جندى وللباب العالى أن يرفعه إلى ما يشاء فى زمن الحرب". (المحرر)

الفلاحين فى الدلتا، إلا أنه كان يتكلم اللغتين الفرنسية والإيطالية حيث تعلمهما خلال دراسته الطبية فى بيزا(٤٠).

غير أن أطباء المراكز لم ينعموا، حتى ذلك الوقت، بالصيت الذى سيصاحب العاملين فى الوظائف العامة فيما بعد، حيث كان الفلاحون ينظرون إليهم أحيانًا بريبة وشك، بسبب اختلافهم عن السكان المحليين من جهة، ولأنهم يمثلون الحكومة التى لا يثقون بها كثيرًا من جهة أخرى، على الأقل حتى السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر.

وصل عدد العاملين فى الخدمة الصحية القروية عام ١٨٤٩ إلى حوالى ٤٢١ فردًا، منهم ٦٠ طبيبًا و٤٤ صيدلانيا من الأوروبيين، و٢٥٥ طبيبًا و٦٢ صيدلانيا من المصريين(٤١)، وكان "كلوت بك" لا يزال يرى هذا العدد ضئيلا.

فوجود ٤٠٠ طبيب وصيدلانى فقط لسكان يصل تعدادهم إلى ٤ ملايين نسمة، أى طبيب أوصيدلانى واحد لكل عشرة آلاف نفس، هى نسبة شديدة الضآلة. إلا أننا إذا نظرنا إلى الخريطة الصحية فى مصر عام ١٩٣٠، فلن نجد أن الوضع قبل ذلك بقرن كان بهذا السوء، فمصلحو العصر الليبرالى كانوا يطمحون للوصول إلى معدل طبيب لكل عشرة آلاف مواطن، وهى نسبة كانت بعيدة المنال، إلا أنه يجدر الإشارة أيضا إلى أن عدد السكان كان قد ارتفع من أربعة ملايين إلى خمسة عشر مليونا.

واكب الخدمة الصحية فى الريف إنشاء عدد من المستشفيات التى تقدم خدماتها بالمجان فى معظم المدن الرئيسية بمصر على الأقل للفقراء.

فقد تم إنشاء مستوصفات للرمد فى العاصمة، وأخرى مجانية فى العديد من الأحياء الشعبية منذ عام ١٨٤٥، وكان العاملون بهذه المستوصفات يسهرون على حماية الصحة العامة، واتخاذ الاحتياطات اللازمة فى حالة الأوبئة، وتطعيم الأطفال ضد الجدرى.

واجه رحالة القرن التاسع عشر فى مصر عـددا مـن الأمـراض ومنهـا الجدرى، الذى كان يعد المرض الأكثر انتشارا بعد الطاعون، وكان الشرق لا يزال قريبًا من المرحلة التى كان يخشى فيها السكان هذا المرض المـسبب للتـشوهات، والذى يتميز بخاصيتين، الأولى متوطنة والثانية وبائية.

ويظهر حجم الدمار الذى سببه هذا المرض فى مصر منذ بداية القرن التاسع عشر، من تقدير كلوت بك لعدد الضحايا ــ حين وصل إلى البلاد عام ١٨٢٥ ــ بين ٥٠ إلى ٦٠،٠٠٠ سنويا بسبب الجدرى، وكان الأطفـال علـى رأس هـؤلاء الضحايا[٤٢].

لم يكن التلقيح إحدى وسائل محاربة المرض مجهولا تماما، فقد أتـى هـذا الأسلوب الوقائى من الصين، حيث ظهر المرض على ما يبدو منذ القرن العاشـر. انتقل هذا المرض الذى لا علاج له من التجار الرحل عن طريق وسط آسيا إلـى بلاد الشرق ــ الجزيرة ومصر ودول البلقان ــ ثم فيما بعد انتقل من الشرق إلـى أوروبا عن طريق الليدى مونتاجو ــ زوجة دبلوماسى بريطانى ــ لـدى عودتهـا إلى إنجلترا قادمة من القسطنطينية عام ١٧٢٠[٤٣]، واستبدل التلقيح ــ الذى استخدم بغير انتظام وتردد فى أوروبا خلال القرن الثامن عشر ــ بالتطعيم الـذى طـوره Jenner عام ١٧٩٦ انطلاقًا من جدرى البقر.

بحسب دومينيك لارى ــ جراح بونابرت الذى صاحبه إلى مـصر ــ فـإن التلقيح كان معروفًا ومستخدمًا فى مصر خاصة بين البـدو، ولكـن نظـرًا لعـدد الضحايا الكبير فإن هذا التلقيح لم يكن له سوى تـأثير محـدود، وأدى اسـتخدام التطعيم على نطاق واسع إلى انخفاض ملحوظ فى عدد الوفيات الذى يسببها هـذا المرض.

وعلى عكس ما يؤكده "كلوت بك" ذاته، لا يعود له الفضل فى إدخال التطعيم إلى مصر، إذ يرجع الفضل فى ذلك إلى "محمد على"، الذى اقتنع بـه منـذ عـام ١٨١٩، وبدأ فى توسيع نطاق استخدامه، فأصدر فى ذلك التاريخ مرسومًا لتنظـيم

تطعيم الأطفال من مختلف الطبقات الاجتماعية بمصر، وبعد مــرور ســنتين ـــ وبسبب انتشار الوفيات بين الجنود السودانيين في الجيش ـ قام "محمد على" بتحمل نفقات إقامة أحد الأطباء الفرنسيين الذين مكثوا في مصر بعد انتهاء حملة بونابرت، من أجل تطعيم الفرق المتمركزة في الصعيد، فلــم يقلــل التطعــيم مــن وفيــات السودانيين الذين كانوا يموتون بسبب "الحنين إلى الوطن"، إلا أنه ارتبط في أذهان السكان بمرحلة الآلام.

وفيما بعد أرسل "محمد على" الأطباء الفرنسيين مرتين إلى الأقاليم في عامي ١٨٢٤ و ١٨٢٦ من أجل تطعيم الأطفال وتأهيل الحلاقين لهذا الغرض(٤٤).

حين جاء كلوت بك إلى مصر، كان يعتقد بضرورة ممارسة هذه المهمة في كافة أنحاء البلاد، وأعطى المثل من جانبه بتطعيم كل طلاب مدرسة الطــب بــأبو زعبل، ثم أفراد الجيش والبحرية، وعمال دار صناعة الأسلحة والورش، وطــلاب المدارس، وكل الموظفين العاملين بالحكومة.

ولإعداد العاملين الأكفاء القادرين على ممارسة أعمال التطعيم على مستوى البلاد، أعاد " كلوت بك" إحياء الفكرة التي ظهرت عام ١٨٢٤، والتي تتمثل فــي تأهيل الحلاقين المنتشرين في القرى، الذين كانوا يمارسون تقليديا هذه الأعمال في الماضي. وهكذا أصبح كل موظف صحة في الأقاليم مسئولا عن تدريب الحلاقــين الذين سيتحملون هذه المهمة بعد ذلك بانتظام، حتى إنهم بعد مرور عدة ســنوات، أصبحوا يرسلون إلى القاهرة لتلقي دورة تدريبية في مدرسة الطب، ومن أجل شحذ الهمم والضمائر، كان يصرف لهم قرشا عن كل تطعيم يؤدي إلى ظهور رد فعــل إيجابي بعد ثمانية أيام من فترة الحضانة(٤٥).

لم تمنع هذه الإجراءات الأولية من ظهور وباء الجدري في شبين الكوم عام ١٨٣٦، مما أعطى المبرر لإنشاء إدارة مركزية للتطعيم، كي تنسق الجهود وتدعم تطبيق النظم، وفي القاهرة ذاتها تم إنشاء خدمة دائمة للبلدية في مستشفى الأزبكية

عام ١٨٣٧، تحوى مخزوناً يكفى لتطعيم ١٥٠٠٠ طفل سنويا، بالإضافة إلى تطعيمات مجانية مرتين كل أسبوع فى المناطق الشعبية، وبالنسبة للطبقات العليا مارس موظفو الصحة (فى الأغلب من النساء) أعمالهم من خلال الزيارات الخاصة للمنازل، ثم افتتح عام ١٨٤٥ مركز آخر داخل مقر مدرسة الطب بقصر العينى من أجل تطعيم الأطفال، غير أن انتشار التطعيم فى الأقاليم لم يبدأ بالفعل إلا مع إنشاء الخدمة الأهلية للصحة عام ١٨٤٢، والتى امتدت إلى أسيوط وقنا وأسوان، وقد واجه الجمهور هذا البرنامج للتطعيم بالرفض، خاصة فى الأقاليم.

منذ البدايات التى أطلقها "محمد على" سادت مظاهر من الحيرة ذاته البعد الدينى، حيث ظهرت مخاوف من اختلاط الدماء المسيحية بالدماء المسلمة، كما أن الخوف من التجنيد قلل من شأن التطعيم فى نظر الفلاحين، فقد كان التشريط على الذراع بمثابة علامة تشير إلى جنود المستقبل، وحيث كان الخوف من التجنيد يضرب بجذوره فى العمق، إذ إنه كان يعنى انتزاع الأيدى العاملة الفتية من الزراعة، فقد أدى ذلك إلى ظهور حركات عنيفة ضد التطعيم، فكانت الأسر تخبئ أطفالها كلما أمكنهم ذلك، بل وصل الأمر إلى إساءة معاملة المسئولين عن التطعيم. وفى هذا يصف طبيب فرنسى من العاملين فى الحكومة المصرية بمصر الوسطى، كيف أنه استنجد بالسلطات من أجل تأمين حماية للحلاقين من الضرب الذى تعرضوا له من قبل الأهالى، أو من احتجازهم من قبل السلطات المحلية، كما أنه يصف الاحتجاجات التى حضرها بنفسه فى بعض القرى(٤٦).

كان يجب الانتظار عدة سنوات أخرى بعد تسريح جيش محمد على والحد من فعاليته ـــ كما أرادت القوى الكبرى آنذاك ـــ حتى تقل المقاومة ضد التطعيم، وعلى الجانب الآخر لعبت النتائج الإيجابية التى لمسها السكان دوراً فى تخفيف حدة هذه المخاوف، فمنذ عام ١٨٤٣ سجلت فى المستشفيات أو لدى الأطباء المتجولين حالات لتطعيم الأطفال طواعية، ومنذ منتصف عام ١٨٤٦ ارتفعت

كفاءة التأهيل للحلاقين، حيث خضعوا لدراسة نظرية وعملية عن التطعيم في المدن الرئيسية، وحصلوا على شهادة مزاولة المهنة في القرى، ومنذ عام ١٨٤٦ أصبح التطعيم إجباريا وصاحبه تسجيل الأطفال الذين تم تطعيمهم، فإذا أخذنا بأقوال "كلوت بك"، فقد وظف مشروع التطعيم للقضاء على الجدرى، على مستوى البلاد، ٢٥٠٠ حلاق في الفترة بين عامي ١٨٢٧ و١٨٥٠، قاموا بتطعيم ٨٠ ألف طفل سنويا[٤٧].

خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر وحتى بداية القرن العشرين، استمر تطبيق أسلوب التطعيم في مصر، وأظهر السكان قبولا له، بعد أن أصبح تأثيره واضحا جليا بالنسبة للجميع، حيث شهدت البلاد زيادة ديموجرافية منتظمة منذ منتصف القرن التاسع عشر، بالإضافة إلى الاختفاء الغامض للطاعون[٤٨].

لقد تميزت مصر بهذه التجربة الفريدة حيث إنها ارتبطت بالإرادة الوطنية، لا الكولونيالية، بعكس الدول الأخرى الواقعة جنوب البحر المتوسط. ففي الجزائر أدخل الفرنسيون التطعيم عام ١٨٤٠ بغرض الاستحواذ على البلاد معنويا: "إذ يجب علينا بالإضافة إلى نجدة السكان الأصليين، نشر المنافع التي تجذب السكان إلينا، سواء كان ذلك عن طريق الاعتراف بالجميل أو الاحتياج"[٤٩]. لم يخطئ الجزائريون برفضهم التطعيم، فقد كانوا بهذا الرفض يعبرون عن رفضهم للاحتلال.

ومن الملاحظ أن المنهج المتبع في الحالتين كان جبريا، إذ يرجع نجاح التجربة إلى فرض القوانين واستخدام القوة، حتى وإن كان من قام بعمليات التطعيم في مصر الأطباء والحلاقون المصريون. وعلى العكس من ذلك، نجد في أوروبا خلال الفترة نفسها، إن انتشار الليبرالية أدى إلى تحجيم ظهور البرامج الوطنية للتطعيم، الذي لم يصبح إجباريا إلا منذ عام ١٨٧١ في بريطانيا، وعام ١٩٠٢ في فرنسا.

منذ النصف الأول من القرن التاسع عشر، نجد نظامًا طبيا كاملا فى مصر، يقدم خدماته مجانًا إلى مجمل السكان، و لكن هذه التجربة الفريدة-بالرغم من نجاحها النسبى فى مقاومة الجدرى، إلا أنها كانت سريعة الزوال، فقد اختفت المراكز الطبية وعيادات الرمد تماما منذ عام ١٨٧٠، ولم تستمر إلا الخدمات الطبية فى الأقاليم وبشكل ضعيف جدا حتى وصول الإنجليز، فقد تعارض تطور مثل هذا النظام الطبى المدنى بشدة مع المتطلبات المادية والسياسية المتزايدة لنظام الحجر الصحى الذى عنى بالأساس بمحاربة الأوبئة.

التنظيم الدولى لمقاومة الأوبئة

رهان سياسى

يرجع الفضل هنا أيضا لمحمد على الذى أخذ المبادرة الأولى لإنشاء نظام الحجر الصحى فى مصر قبل تدخل القناصل بفترة من الزمن، إذ نجح الأطباء الإيطاليون التابعون لخدمته بإقناعه منذ عام ١٨١٢ بوضع حدود لدخول السفن القادمة من تركيا، عندما انتشر الطاعون فى القسطنطينية. وحين هدد الطاعون كلا من سوريا وآسيا الصغرى، قرر "محمد على" إنشاء محطات للحجر الصحى فى كل من دمياط ورشيد، والبرلس الواقعة بين هاتين المدينتين، فأقام بذلك أول خطوط الحماية على الشواطئ، ثم أنشأ محطة إضافية فى الإسكندرية علاوة على محطتين بالقرب من القاهرة لاستكمال التشكيل الأصلى، إلا أن ذلك سرعان ما اختفى[٥٠].

ثم أعيد إحياء اللجنة الصحية الاستشارية التى كانت قد تشكلت فى الإسكندرية إبان وباء ١٨٣١، بناءً على طلب نائب السلطان الذى كلفها بتنظيم مقاومة فعالة ودائمة لمدينة الإسكندرية، فقرر القناصل المجتمعون أساليب ونظام عمل اللجنة التى تكونت من أجانب فقط (باستثناء الوظائف التابعة)، وتمتعت هذه اللجنة بسلطات مطلقة فيما يتعلق بتشكيل الحجر الصحى، وتحديد التعريفة

الجمركية، وقرر القناصل بناء على طلب "محمد على"، إقامة مبنى يكـون مقـرا للمحجر الصحى فى الإسكندرية، وهى أداة لا غنى عنهـا لحـسن سـير الحجـر الصحى، وتم حساب التعريفة على السفن والركاب بطريقة تضمن تغطية تكـاليف وصيانة هذا البناء الواقع فى الميناء الجديد، والذى بدأ عمله فى يناير ١٨٣٣.

ومنذ البداية شكل الحجاج الجزء الأكبر من الحركة داخـل هـذا المحجـر الصحى، حيث استقبل خلال الشهر الأول من افتتاحه ٢٠٠٠ حاج قادمين من كـل أرجاء الإمبراطورية العثمانية، بالإضافة إلى التتر من روسيا أو مسلمين من منطقة البحر الأسود، وعمل بهذا المحجر والمكاتب التابعة له ١٩ من الأوروبيـين و٤٧ من المصريين، وضم أماكن لتخزين البضائع الخاضعة للحجر الصحى، بالإضـافة إلى ٨٠ رجلا للحراسة، ومنع الاختلاط بين المحجر والمدينة[٥١].

استعار "محمد على" التقنية الغربية عند إنشاء هذا الجهاز الـصحى، هـذه التقنية التى ظهرت حتى الآن باعتبارها الأسلوب الوحيد الفعال لمقاومة الأوبئـة، وقد أدى هذا إلى خلق جهاز يمتلك سلطات واسعة فى مجال العلاقات الخارجيـة، يشكل ويدار من قبل الأجانب – فى بلد يتمتع بالسيادة والقانون – ومنفصل تمامًـا عن السلطات المحلية[٥٢]، وسرعان ما اتضح هذا الخلل أمام نائب السلطان، خاصة وأن اللجنة أصبحت تشهد الكثير من الخلافات الداخلية، حيث يجنح كل قنصل إلى حماية رعاياه ومصالح دولته الوطنية، وقد سنحت الفرصة لوضع حد لهذه التجربة فى عام ١٨٣٩، عندما منعت سفينة تركيا ـ قادمة من "سميرن" Smyrne ـ مـن الدخول إلى ميناء الإسكندرية، ووضعت فى الحجر الصحى، فى الوقت نفسه الذى سمح فيه بدخول سفينة أخرى نمساوية قادمة من المكان نفسه، وعندها ظهر بجلاء لمحمد على انحياز القناصل، بادر بنقل إدارة الحجر الصحى إلى أيدى المصريين.

هذا المصير الفوضوى لهذه اللجنة كشف الخلفيات السياسية التى تنعقد حول مسألة الحجر الصحى، فأوروبا التى تتردد بين نظرية العدوى ونظرية اللاعدوى،

يكتنفها الشك حول جدوى الحجر الصحى وخاصة حين يعرقل تجارتها، وهو فى نظر القوى الأوروبية يهدف إلى حصر الأوبئة فى الجنوب، ومنع مرورها عبر البحر المتوسط، أما فى نظر حكام الدول النهرية فى الجنوب، فيهدف قبل كل شىء إلى حماية السكان من الأوبئة.

فى المرحلة نفسها يظهر فى تونس أيضا هذا التناقض بين المنطقين، ففى عام ١٨٣١ يقرر "باى" تونس فرض الحجر الصحى على السفن الأوروبية لحماية شعبه من الأوبئة، مما يؤدى إلى موجة من الغضب العارم لدى الأوروبيين — الذين يعظون الآخرين بمزاياه — ولكن فى النهاية يقع الحجر الصحى فى تونس فى أيدى القناصل[٥٣]، فتظهر حينئذ ازدواجية المعايير فى التعامل معه.

تستمر الإدارة المصرية للجنة الصحية فى الإسكندرية مدة سنتين فقط، إلى أن يضطر "محمد على" بعد تقهقره من سوريا، إلى أن يعيد تأكيد السيادة العثمانية مما يضطره إلى الخضوع للنظم التركية، فتئول سيادة اللجنة الصحية بالإسكندرية إلى الإدارة الصحية بالقسطنطينية[٥٤]، حيث يلزم أن تتبع نمط الإدارة العثمانية، مما يعنى إدخال التمثيل الأوروبى من جديد، ثم يؤكد المؤتمر الصحى الدولى الأول الذى عقد بباريس عام ١٨٥١ على هيمنة القوى الأوروبية فيما يتعلق بحماية منطقة البحر المتوسط، فتتزايد سطوة هذه القوى فى مجال إدارة الحجر الصحى فى مصر، خلال حكم خلفاء محمد على، عباس (١٨٤٨- ١٨٥٤) وسعيد (١٨٥٤- ١٨٦٣).

فى عام ١٨٦٥ يكون تشكيل اللجنة على النحو التالى: ١٢ عضوًا أوروبيا، مقابل ٤ أو ٥ أعضاء من الحكومة المصرية، مع استبعاد رجل الدين الذى كان مسئولا حتى الآن عن القضايا الدينية داخل هذه اللجنة[٥٥]، ومن جهة أخرى يعرقل عمل هذه اللجنة —التى توظف عددًا كبيرًا من العاملين (عددًا قليلاً من الأطباء المصريين) وتستهلك أموالا كثيرة — العمل فى مجال الخدمة الصحية العامة، وهو

المجال الذى واجه صعوبات فى ظل هذا المناخ، حد من إمكانياتـــه للعمـــل وأداء مهامه، وفيما بعد يتم الربط أو الفصل بين هذين المجالين كثيـــرًا، خـــلال القـــرن التاسع عشر، بحسب الرهانات السياسية التى لا تكون أبدًا لصالح الإدارة العامـــة للصحة، والتى تظل فى أغلب الأوقات تابعة للجنة الحجر الصحى.

فى هذا العام نفسه يعيد وباء الكوليرا ــ الذى يصل مجـــددًا مـــن مكـــة ــ التذكير بأهمية الدور الذى يلعبه الحج فى نشر الوباء، فتقوم القوى الأوروبيـــة ــ التى باتت تمتلك سلاح المؤتمرات الدولية ــ بنقل الواجهة المتوسطية إلى شواطئ البحر الأحمر.

ويساعد على ذلك افتتاح قناة السويس عام ١٨٦٩، الـــذى يمـــنح الـــسويس السيطرة شبه التامة على المرور البحرى فى البحر الأحمر.

ركز مؤتمر القسطنطينية عام ١٨٦٦ أعماله لمدة ثمانية أشهر على مـــسألة السيطرة على مرور الحجاج السنوى، فى ظل تزايد اهتمام الدول الأوروبية بهـــذه المسألة ــ خاصة وان معظمها كانت تستعمر شعوبًا مسلمة ــ فتظهر مجموعة من الاقتراحات الخاصة بالحجاج أنفسهم، وبشروط سفرهم، وبناء عليه يقـــدم اقتـــراح ببحث إمكانية تأجيل سفر الهنود فى حالة انتشار الوباء عندهم، ومن جهة أخـــرى يظهر اقتراح بتقليل عدد الحجاج الفقراء، عن طريـــق إلـــزام المرشـــحين للحـــج باستخراج شهادات تفيد بضمان قدرتهم المادية اللازمة للحصول على احتياجـــاتهم أثناء السفر، بالإضافة إلى التوصية بضرورة احترام الحـــدود الأساســـية للراحـــة والنظافة على السفن الناقلة للحجاج، إلا أن هذه التوصية كانت اقلهـــا حظـــا مـــن التطبيق، ففى عام ١٨٧٨ عندما انتشر وباء جديد للكوليرا فى الحجاز ــ مما يلفت النظر مجددًا إلى الحجاج ــ يتضح عدم قيام أية سفينة بتطبيق الإجراءات المقترحة فى هذا الصدد[٥٦].

من جهة أخرى ينصب مؤتمر القسطنطينية على مصر، لتكون محور النظام

الدفاعى ضد الأوبئة، فينشىء لجنة صحية فى السويس للخدمة الصحية فى البحر الأحمر، وتهدف هذه اللجنة إلى مراقبة عمليات العزل فى الحجر الصحى بالطور، علاوة على رئاسة خمس محطات صحية على جانبى البحر الأحمر، ومنذ ذلك الحين أصبح لزامًا على القوافل والسفن القادمة من الحجاز الخضوع للكشف الطبى قبل الدخول إلى مصر. ولا يخلو هذا الإجراء من الفائدة، ففى عام ١٨٧٢، حيث ظهر وباء الكوليرا فى الحجاز، استطاع الجهاز الصحى أن يمنع مروره إلى مصر، من خلال تطبيق الإجراءات الصارمة، حيث أغلقت قناة السويس أمام القادمين من الحجاز، وفرض حجر صحى لمدة ١٠ أيام لمن يرغب من الحجاج فى المرور عبر الأراضى المصرية[٥٧].

غير أن إنشاء هذا الهيكل الجديد لم يؤد إلى مراجعة وضع لجنة الحجر فى الإسكندرية، التى استمرت فى الإشراف على مجمل عمليات الرقابة سواء على البحر المتوسط أو البحر الأحمر.

وفى عام ١٨٨١ حين انتشرت الكوليرا مرة أخرى فى الحجاز، أصدرت لجنة الحجر بالإسكندرية مرسومًا بإجراءات الحماية المتبعة، بالإضافة إلى فترة احتجاز لمدة ٢٨ يومًا بالنسبة للحجاج فى ثلاثة مراكز للحجر الصحى، ولكن بعد بضعة أيام اتضح وجود نقص كبير فى إمكانيات الاستقبال، وتدن فى الشروط الصحية، بالإضافة إلى نقص فى المياه، مما أدى إلى انتشار الوباء داخل المراكز نفسها، فقامت اللجنة بإصدار مرسوم بمد فترة الاحتجاز، وعلى أثر ذلك قام بعض الحجاج بالهروب من المراكز، بعد إضرام النار فيها، وذلك عندما فاض بهم الكيل بسبب احتجازهم بدون مياه لمدد وصلت من ٤٠ إلى ٥٠ يومًا[٥٨].

هذه الواقعة جذبت انتباه الرعيل الأول من القوميين المصريين المقاومين لهيمنة الأجانب المتزايدة على مصر، فناهضوا لجنة الحجر الصحى بالإسكندرية باعتبارها مقصورة على الأجانب، واعتبروها أداة لسياسة إمبريالية غير عابئة

بالكرامة الإنسانية، وللمرة الأخيرة حاولت الحكومة المصرية استعادة هذه المؤسسة المنوط بها رقابة الحدود، والتي تختلف مهامها عن مهام مجلس الخدمة الصحية العامة بالقاهرة، فجعلتهما تتبعان وزارة واحدة، هي وزارة الداخلية، بدلا من تبعيتهما لثلاث وزارات، هي الداخلية والخارجية والأشغال العامة[٥٩]. ورغم أن لجنة الحجر ظلت مؤسسة دولية، إلا أنها أصبحت تضم تسعة أعضاء مصريين، مما عدل ميزان القوى بين تمثيل المصريين وتمثيل القوى العظمى داخلها. وعندما احتل البريطانيون البلاد، في العام التالي، وجدوا بنية قديمة لنظام صحي عام، إلا أنه مهمل بعض الشيء، بالإضافة إلى جهاز لمقاومة الأوبئة بطول سواحل مصر، فقاموا على الفور باستغلال الإدارتين اللتين تمت إعادة تنظيمهما على وجه السرعة.

الاحتلال الإنجليزي

علم الجراثيم والانطلاق الاقتصادي

لدى وصول الخديوي إسماعيل، حفيد "محمد علي"، إلى السلطة في ١٨٦٣، انتهج سياسة تتسم بالبذخ الشديد، مما أدى إلى إفلاس البلاد، وإنشاء صندوق الدين من قبل القوى العظمى الذي سيطرت بقوة على المقدرات السياسية والاقتصادية لمصر، مما أدى في النهاية إلى تمرد وطني بقيادة "عرابي"[٦٠]. فكان ذلك ذريعة مناسبة للإنجليز كي يتدخلوا مباشرة في شئون البلد الذي يولونه أهمية استراتيجية كبرى خاصة بالنسبة للطريق إلى الهند، فقامت البحرية الإنجليزية بقصف الإسكندرية في يوليو ١٨٨٢ وبدأ الاحتلال العسكري للبلاد.

لم يتغير وضع مصر على الصعيد القانوني ــ حيث ظلت جزءًا من الإمبراطورية العثمانية ــ إلا أنها وقعت تحت الهيمنة الكولونيالية لبريطانيا

العظمى، فقامت بغرز إدارة تهدف إلى تحويل البلاد إلى "مـصر علـى الطريقـة الهندية"[٦١]. منذ البداية كان مجالا الزراعة والتجارة يعتبران من المجالات المتميزة فى مصر، فأصبح لزامًا على مصر أن تتحول إلى "أرض القطن" لإمداد مـصانع النسيج البريطانية، وهكذا تحولت الزراعة الغذائية التى توفر الاحتياجات المحليـة إلى زراعة أحادية لتصدير القطن، ومن أجل تحسين الإنتاج تم تعميم نظام الـرى الدائم على الصعيد أيضا، بعد أن كان قد طبق فى الدلتا منذ ١٨٢٥. وقدمت قنـاة السويس ــ التى لا تزال أغلبية أسهمها فـى أيـدى الفرنـسيين – منفـذا رائعـا للبريطانيين إلى الهند، حيث شكلت نسبة مرور سفنهم بها ٨٠% من إجمالى السفن عام ١٨٧٩/١٨٨٠[٦٢]، وهكذا بدت مصر وكأنها محور التبادل الدولى الذى يلعب الإنجليز فيه الدور الأكبر.

فى تلك الفترة كان يختمر فى فرنسا ما سيعرف فيما بعد بالثورة العلميـة، إذ أطلق "لويس باستور" من معمله فى المدرسة العليا، المبادئ الأساسية لعلم الجـراثيم، الذى جاء فى وقته للربط بين الأحداث التى تدور فى أرجاء العالم[٦٣]، حيث أصـبح من الممكن السيطرة على انتشار العدوى التى طالما كانت مصدرًا للتهديد المـستمر، وذلك من خلال إجراء فحص بكتريولوجى. هذه الثورة كانت ثورة نظريـة وعمليـة فى الوقت ذاته، نظرية من حيث إنها تطور نظرية الجراثيم باعتبارها سببا للمرض، والتى ترتبط بها تقنية السيطرة على الفيروسات، وعملية من حيث إنها تـؤدى إلـى إضفاء الطابع الطبى على المجتمع، عن طريق تطوير التشريع الصحى العام.

حين فتح "باستور" هذا الطريق كان لمصر بلد الأوبئة دورًا لتلعبه، حيث إن "ثروتها" فى مجال الجراثيم تجذب العلماء الأوروبيين، فجعلوا من الإسكندرية فـى عام ١٨٨٣ معملا لعلم الجراثيم لدراسة الكوليرا، التى كانت تنتشر حينئذ. عـادت البعثة الفرنسية للدكتورين "روو" (Roux) و"تويليه" (Thuillier) منافسى "باستور" إلى باريس بخفى حنين، بعد أن فقدا الدكتور "تويليه" الذى ذهب ضحية للوباء.

ومن جهة أخرى نجحت بعثة ألمانية برئاسة "روبرت كــوخ"، فــي عــزل الجرثومة المسببة للمرض فى المستشفى اليونانى بالإسكندرية، والتى سيؤكد "كوخ" نفسه وجودها بكالكوتا فى العام التالى.

وبعيدًا عن التجارب الفردية على الجراثيم، استفاد الجهاز الإدارى للحجــر الصحى من التقنيات الحديثة لعلم الجراثيم، فأصبح من الممكن أخيرًا إيجــاد حــل لمشكلة الأوبئة بفضل اكتشاف "باستور"، مما يمكن معه تفادى العدوى عن طريــق قتل الميكروب المسبب للمرض، وأدى ذلك بالتبعية إلى التوفيق بين مصالح الصحة العامة وبين التجارة العالمية، من خلال إحلال نظام التعقيم بدلا من نظام الحجــر الصحى.

تطلب هذا المنهج تنسيقًا دوليا جيدًا، حيث يصعب تعقيم كل الأشياء التى تمر عن طريق البحر، فقامت المؤتمرات الدولية الخاصة بالصحة، منــذ عــام ١٨٧٤ حتى عام ١٨٩٧، بتطوير مشروع إنشاء جهاز للمعلومــات خــاص بالإنــذارات الصحية، حيث أقيم بمقتضاه مكتب فى كل دولة، مهمته إبلاغ الآخرين فــى حالــة وجود بؤرة للوباء أو الأمراض المعدية فى الأراضى التابعة له، وكان من شأن هذا الجهاز أن يخلق علاقة قوية بين الدول المتعاقدة، تسمح بوضع التــدابير المواكبــة للأحداث.

فى عامى ١٨٩٢ و١٨٩٧ أقيم مؤتمران فى فينيسيا، توصل كل منهما إلــى الاتفاقات نفسها التى اكتسبت قوة القوانين الدولية بالنسبة للدول الموقعة عليها.

اعتبر أسلوب التعقيم المتبع فى البحر، رغم الصعوبات التى تواجه تطبيقه، أسلوبًا مناسبًا فى البر أيضا، فتم اللجوء إلى مبادئ "باســتور" لوضــع تــشريعات محددة نظرًا لصعوبة تعقيم كل الأشياء. ففى فرنسا موطن نظرية "باستور"، أدخلت الدولة عام ١٩٠٥ الرقابة البكتريولوجية على صناعة المواد الغذائية، وخاصة بعد

إصدار قانون ١٩٠٢، الذى يلزم بالإعلان عن كل الأمراض المعدية بالإضافة إلى التطعيمات ضد الجدرى، كما تفرض الإجراءات الصحية على المنازل السكنية. وتم إدخال مثل هذه التشريعات فى مصر، فى وقت متأخر بعض الشىء.

طب إجبارى

لم يتحمس الإنجليز كثيرًا إلى استثمار الأموال فى مجال الصحة العامة، خاصة وأن كرومر فضل التخفيض بشدة فى المصاريف العامة غير المنتجة، وذلك من أجل التقليل من الديون، وعندما أخذوا على عاتقهم تشغيل النظام الصحى الحكومى، لم يشهد هذا النظام تطورًا يذكر فى ظل سلطتهم، فحتى عام ١٩٢٠، لم تتعد ميزانيتى التعليم والصحة ١,١٥% من الميزانية العامة(٦٤)، ولم تتجاوز ميزانية الإدارة الصحية العامة ٩٠٠٠٠ جنيه مصرى، وهى ميزانية أدنى من ميزانية أصغر مستشفى فى لندن(٦٥)، وغير كافية لأى خطط توسعية فى الخدمات.

تبنى البريطانيون على مستوى الأقاليم، الهيكل الهرمى الذى وضعه فى الأصل كلوت بك، إذ تم وضع أطباء إنجليز فى المراكز الرئيسية على رأس هذا الجهاز، ووقع على عاتق مفتشى المديريات ــ وجميعهم من الإنجليز ــ مسئولية إقليمين أو ثلاثة لكل منهم، يساعده فى المهمة مفتش الصحة العام ويكون فى الأغلب من المصريين، ثم تم تقسيم المديريات إلى مراكز تقع مسئوليتها على الأطباء المصريين التابعين لمفتش المديرية، أما على مستوى القرية فاستمر الحلاق فى ممارسة مهماته الطبية، على أن يتم تمرير تقارير الحلاقين كل صباح إلى طبيب المركز عن طريق العمدة(٦٦)، سواء بالتليفون أو عن طريق الغفر، وإذا ما وجدت حالات طارئة، مثل ولادة متعثرة أو وفاة مشتبه بها، ينتقل طبيب المركز إلى الموقع، ويقوم بإبلاغ المفتش على الفور فى حالة الوباء(٦٧)، ويدخل أيضًا ضمن مهام الحلاقين التطعيم ضد الجدرى، الذى جدد البريطانيون الإلزام به عام ١٨٩٠.

لم يتزايد عدد أطباء المراكز الذين يشكلون حجر الزاوية للنظـــام الـــصحى طوال القرن التاسع عشر، بالرغم من زيادة الأعباء نتيجة تزايـــد الـــسكان الـــذى تضاعف ثلاث مرات خلال هذه الفترة.

ومن جهة أخرى ظلت أجور الوظيفة العامة ضئيلة جدا، مما أضـــعف مـــن مركز شاغليها، فكان اللجوء لممارسة المهنة بشكل خاص خارج ســـاعات العمـــل الرسمية هو السبيل لتحسين أوضاعهم، وكان مصير طبيب المركز تحت الاحتلال البريطانى أشبه بمصير موظف الصحة لا يزيد عنه كثيرا.

أدت القيود البيروقراطية الثقيلة إلى حصر دور طبيب المركز فـــى إطـــار الأعمال الإدارية مبتعدًا بذلك عن مهنته الأصلية، حتى أصبح دوره أقـــرب إلـــى موظف الرقابة، واستمر اللجوء إلى الممارسات التقليدية فى العلاج لدى الأوســـاط الريفية، وأصبح طبيب المركز فى المقابل يمارس مهنته فى الإطار الخاص.

قنن قانون عام ١٩١٢ التدابير الوقائية ضد الأمراض المعدية[٦٨]، وألزم هذا القانون بالتبليغ عن أى مرض معدٍ ظاهر بالفعل أو يخشى ظهوره، وكانـــت هـــذه المهمة تقع أولا على عاتق الطبيب، أما فى حالة غيابه فكان أى شخص آخر يقوم بها ، وهنا تحول الأمر إلى نوع من الهوس، إذ وجب على مدراء المدارس التبليغ عن ظهور الحالات فى المدرسة سواء وسط الطلاب أو العـــاملين، وكانـــت كـــل التدابير الوقائية ذاته طبيعة جبرية، فتم فرض التعقيم وحظر الاجتماع ومنع التواجد فى منزل الشخص المريض[٦٩]، ووضعت القيود على التنقلات والوظائف، ومنـــع المرضى من الدخول إلى المدارس. هذه التدابير التى كانت تهدف إلى منع انتـــشار الوباء لم تكن بلا فائدة، ولكن حين يعجز الخطاب الطبى عن إيجاد أسلوب آخـــر غير الأسلوب الجبرى[٧٠]، فإنه يفقد بريقه لدى المتلقى، وهنا تجدر الإشارة مـــرة أخرى إلى إهمال الجهاز الصحى آنذاك للأمراض الباطنية، مثل أمراض الجهـــاز الهضمى والجهاز التنفسى وأمراض الطفيليات المتوطنة.

يعتبر غياب الأمراض المسببة لحالات الوباء بالنسبة للبريطانيين، مثل الطاعون والكوليرا والأمراض المعدية، رمزًا لجودة الصحة العامة للجمهور، وهكذا ترسم خريطة الصحة العامة التى يقرها محافظو الأقاليم بناء على التقارير المقدمة من الأطباء فى الإدارة الصحية، "الصحة العامة جيدة، والوضع الصحى فى أفضل حال، والرعاية الصحية ممتازة"، هذا هو فحوى التقرير الذى لا يتغير إلا مع ظهور الأمراض الوبائية أو المعدية.

نشير إلى تقرير محافظ المنوفية بدلتا مصر بتاريخ ٢٧ يناير ١٨٩١، الذى يذكر أن الصحة العامة ممتازة فى كل مكان باستثناء منطقة أشمون، حيث ظهرت حالات التيفود بها، وسرعان ما اتخذنا التدابير الوقائية وبفضل جهود العاملين بالمستشفى، وتتحسن صحة المرضى يوما بعد يوم، وأتمنى أن أزيل تمامًا أثر هذا المرض[٧١].

أعطيت الخدمة الصحية ذاته الإمكانيات الضئيلة، إلى من اعتبروا "خطرين"، وهذا ما تؤكده سلطات الاحتلال ولا تعمل على إخفائه، ففى أحد تقارير اللورد كرومر السنوية يقول: "إن المهمة الرئيسية للحكومة هى منع الأمراض الوبائية وليس علاج الأشخاص من الأمراض العادية"[٧٢].

أصبحت المسئولية تقع على عاتق المبادرات الطبية الخاصة، وهكذا أنشأت الجاليات الأجنبية الموجودة خدماتها الطبية بأموال خاصة، ففى ١٩٠٥ نجد فى القاهرة ١٢ مستشفى، اثنتين منها فقط حكوميتين – مستشفى قصر العينى ومستشفى العباسية للأمراض العصبية التى أنشأها الإنجليز[٧٣] وبالإضافة إلى ذلك أصبح مجمل النظام الصحى العام والرعاية داخل المستشفيات بمقابل مادى، بعكس ما كان قائمًا فى الفترة التى سبقته، كما أن المستشفى أصبحت مكانًا مريبًا بالنسبة للجمهور، حيث يتم عزل المريض عن بقية أسرته، والإجراءات الجبرية هى التى تدفعهم إلى دخول المستشفيات وليست إرادتهم الحرة، ففى عام ١٩١٣ تشير الأرقام إلى أنه من بين إجمالى ٤٢،٧٩٤ حالة داخل المستشفيات العامة،

هناك ١٧،٦٥٢ حالة فقط دخل أصحابها طواعية و٢٥،١٤٢ حالة سيق أصحابها عن طريق الشرطة(٧٤).

كان البريطانيون ضد نظرية العدوى، ومدافعين بشدة عن الاقتصاد الحر، لذلك لم يقوموا بتدعيم جهاز الحجر الصحى فى مصر، الذى كان موجودًا لأكثر من نصف قرن. وإذا كان من الصحيح أن علم الجراثيم أتى بدليل وجود العدوى، وقدم فى الوقت نفسه حلولا لعلاج الأمراض، وأن الحجر الصحى مثل عائقًا أمام التجارة الدولية، إلا أن الأوبئة كانت تشكل عائقًا أكبر بالنسبة لاقتصاد البلاد.

إن العلاقة بين الثراء والصحة، والتى أدت فى جزء منها إلى التطورات الطبية فى القرن التاسع عشر(٧٥)، ظهرت بوضوح أمام البريطانيين وأثرياء المدن من الأجانب والمصريين، كما فى حالة مدينة الإسكندرية، فلكى يتطور الاقتصاد على أسس سليمة يجب أن يتمتع الفرد بصحة جيدة ، ولهذا أنشئت مستشفيات الرمد المتجولة بهدف تحسين الإنتاجية، وهى إحدى المبادرات الطبية فى هذه الفترة، التى يرجع الفضل فيها إلى المحتلين البريطانيين(٧٦) "هناك زيادة كبيرة فى عدد العمال المعاقين نتيجة لإصابتهم بالرمد الحبيبى، وبالتالى فإن أى طفل تتم معالجته اليوم فى معسكراتنا هو عامل المستقبل غير المعاق"(٧٧).

أصبح واضحًا أكثر من أى وقت مضى أن الأمراض المتوطنة والأوبئة تعيق الاقتصاد، فالرجال يموتون بأعداد كبيرة، والناجون منهم تذهب طاقاتهم سدى، بالإضافة إلى استنزاف المقدرات المالية فى محاربة تلك الأمراض، وبالرغم من الفكر الليبرالى للإنجليز، إلا أن علم الجراثيم أعطاهم المبرر لإعادة تنظيم الحجر الصحى الذى استمر بطابعه الجبرى، وقد تلاءمت مثل هذه المبادرات مع طبيعة المرحلة التى تشهد طموحات استعمارية كبرى، حيث اعتبرت اللجنة الصحية ولجنة الحجر الصحى بالإسكندرية من الأدوات القوية للسيطرة على بلاد الشرق الأوسط، ومن جهة أخرى دفع الخوف من الكوليرا، خاصة بعد انتشاره الرهيب عام ١٨٦٥، إلى إعادة إحياء الاهتمام بنمط الحجر الصحى.

حمل المؤتمر الدولى عن الصحة، المقام فى فينيسيا عام ١٨٦٥، الحجاج مسئولية انتشار الأوبئة على اعتبار أنهم المتسببون فى إعاقة تطبيق إجراءات مقاومة الوباء، وتبنى الإنجليز هذا النمط الصحى بشكل كامل مفضلين عرقلة انتقال الحجاج بدلاً من عرقلة انتقال البضائع.

فى عام ١٨٩٧ يرأس الدكتور لويس أرمان روفير العالم البكتريولوجى - خريج جامعة أكسفورد ثم معهد لويس باستور بباريس - لجنة الحجر الصحى بالإسكندرية حتى وفاته عام ١٩١٧، ومن خلال إقامته فى هذه المدينة الساحلية يعمل على تجميع كافة المعلومات الخاصة بالظهور المحتمل أو بتطور مثل هذه الأمراض الوبائية، ويرسلها دوريا بالتلغراف إلى رئيس الوزراء المصرى.

يشهد القرن الجديد عودة شرسة للأوبئة، فيظهر الطاعون عام ١٨٩٩ ويظل فى الإسكندرية حتى عام ١٩٢٠، وتضرب الكوليرا مصر بعنف عام ١٩٠٢.

لم تتطور الإجراءات المتبعة لاحتواء الطاعون منذ بداية القرن التاسع عشر، من حيث تقييد حرية من يخضع لها، ففى البداية وبسبب الظهور العنيف للمرض عام ١٨٩٩، يفكر الإنجليز جديا فى منع الحج هذا العام، "إجراء جذرى" ولكنه "فعال" نظرًا لضرورة اتخاذ كافة الإجراءات الممكنة للسيطرة على البلاد"[٧٨]، لكن بالرغم من ذلك لا يتوقف الحج فى هذا العام وإنما ينتشر الوباء فى مصر لعدة سنوات، فيتم تسخير النظام الطبى كاملا لمواجهة وحصار الوباء، بالإضافة إلى إصدار نشرة أسبوعية خاصة عن الطاعون، لتتبع تطوره ومدى انتشاره أو عزله فى مدن وقرى البلاد.

وفى الإسكندرية حيث ينتشر المرض بشكل خاص، تتخذ إجراءات صارمة ويتم التشديد على الإبلاغ عن حالات المرض، وإلا يتعرض الشخص لعقوبة الحبس أو الغرامة، وتدعو السلطات الصحية رؤساء الشركات الصناعية إلى تشديد إجراءات المراقبة اليومية على العمال، والإبلاغ عن حالات التغيب بدون

مبرر[٧٩]، ويتم عزل المرضى سواء فى المستشفى اليونانى أو فى المستشفى الحكومى، بالإضافة إلى تعقيم منازلهم، مع نقل بقية السكان إلى حجر صحى، حيث تقدم لهم وجبات مجانية من الحكومة طوال خمسة أيام هى مدة الرقابة، كما يتم تعقيم متعلقاتهم الشخصية فى الوقت ذاته[٨٠]، غير أن التعقيم لم يكن يلغى احتجازهم.

استهجن السكان مثل هذه الإجراءات، فتمرد البعض منهم، مصريون وأوروبيون، ضد السلطات الصحية، فقاموا إما بتخبئة المرضى وإما بإساءة معاملة مندوبى الحكومة[٨١]، فرفض الرقابة الأجنبية يزداد فى فترات الاحتلال.

اعتبر الاحتجاز وسيلة أساسية لمحاربة المرض مسألة شائنة بكل المقاييس، ففى ١٨٨٤ قام المسافرون من إنجليز وفرنسيين على متن إحدى السفن الخاضعة للحجر الصحى فى ميناء الإسكندرية، والمحتجزين فى الحجر الصحى بمنطقة "القبارى"، بأعمال شغب عنيفة، ومن أجل السيطرة على الموقف، طلب المدير الإنجليزى للحجر من لجنة الحجر بالإسكندرية، العمل على استصدار أوامر لقيادات الشرطة فى منطقة "القبارى"، بإطلاق النار دون تردد على المتمردين، باعتباره الحل الوحيد لتأمين الوضع، وعودة الاحترام والنظام للحجر الصحى، والحفاظ على الصحة العامة[٨٢].

وكان النظام أكثر تشددًا فى منطقة البحر الأحمر، فكان يتم التعامل مع الحجاج باعتبارهم مسئولين عن انتشار الكوليرا، فكان الحجاج يستقبلون كل عام فى"قرى الحجر الصحى"، حيث كان الوضع أشبه بالحرب ضد الوباء.

وفى مدينة الطور المخصصة للحجاج، كان يتم إرسال وحدات من الجيش لتطويق المنطقة ومنع التنقلات، ويكلف أحد المتعهدين بإمداد المدينة بمخزون من الاحتياجات الغذائية يكفى لمدة شهر، وتحول الطور إلى سجن حقيقى حيث الشروط المعيشية متدنية للغاية. وفى عام ١٩٠٨ أرسلت الحكومة العثمانية إلى لجنة الحجر

بالإسكندرية رسالة احتجاج على الشروط المتدنية المفروضة على الحجاج في مدينة الطور، وعلى سوء حالة المياه المتوفرة، وقلة عدد الخيام بالنسبة لعدد الحجاج، وارتفاع الأسعار(٨٣)، ومنذ ذلك الوقت استبدلت الخيام بأبنية أسمنتية، إلا أن إجراءات الاحتجاز ظلت على حالها.

وبالإضافة إلى التمرد ضد نظام الحجر الصحى، ازداد سخط المصريين على السيطرة الممتدة للقوى الغربية، حتى إن قضية الأوبئة اكتسبت منذ ذلك الحين بعدًا سياسيا مختلفًا.

فى العام التالى للاحتلال البريطانى قامت الحكومة المصرية، بإعادة تنظيم لجنة الحجر الصحى كى تتيح تمثيلا أكبر للمصريين، فرفعت عددهم إلى ٩ أشخاص، فى مقابل قيام الحكومة المصرية بتغطية عجز خدمات الحجر الصحى. وفى عام ١٨٩٠ تقدم مسئول الشئون النمساوية/المجرية فى لندن باقتراحات جديدة لإعادة تنظيم لجنة الحجر الصحى، فاقترح تخفيض أعضاء اللجنة من ممثلى القوى الكبرى التى لديها مصالح فى البحر المتوسط والشرق من ٢٣ إلى ١٦ (ألمانيا، والنمسا/المجر، وبلجيكا، وبريطانيا العظمى، والدانمرك، وأسبانيا، وفرنسا، واليونان، وهولندا، وإيطاليا، والبرتغال، وروسيا، والسويد، وتركيا) بالإضافة لاثنين من الموظفين المصريين لهم حق التصويت، وبما أن رئاسة اللجنة لوزير الشئون الخارجية للحكومة الخديوية، تضمن بذلك مصر ثلاثة أصوات داخل اللجنة(٨٤). وبالرغم من أن المشروع يقلل من تمثيل مصر بمقدار الثلثين إلا أنه فى المقابل يحل مصر من التزاماتها بإنشاء حجر صحى، ومن قيامها بتغطية العجز، فيميل مجلس الوزراء المصرى لهذا الاقتراح، ويوافق عليه فى جلسة ١٢ مارس ١٨٩١ ويتم إرسال المندوبين المصريين وفق هذه الشروط إلى المؤتمر الدولى عن الصحة فى فينيسيا عام ١٨٩٢ .

وعلى الرغم من تقليل نسبة المصريين فى لجنة الحجر الصحى، إلا أن مؤتمر فينيسيا يزيد من التزامات الخزانة المصرية، مما يثير اعتراض الحكومة

المصرية، غير أنها تضطر فى النهاية على الموافقة نتيجة لضعفها أمـــام القـــوى الكبرى[٨٥].

غير أن هذه التسوية لا تحل المشكلة، وفى هذا الصدد تصل رسالة مجهولة إلى مجلس الوزراء فى ١٨٩٤، تحتوى على تفاصيل مريرة بخصوص تـشوهات النظام الوقائى ضد الأوبئة التى تتكرر دائما على حساب مـصر، وتظـل قـضية التمويل هى الأكثر إلحاحًا، وسببًا لخضوع مصر. فبحسب كاتــب الرســالة، تــتم مطالبة الحكومة المصرية بزيادة التمويل فى الحــالات الاســتثنائية ــ أى عنــدما ينتشر المرض ــ فى حين أن مصر توفر بالفعل كل المستلزمات لمخيمات الحجر الصحى بالإضافة إلى الجنود لإقامة الكوردونات حولها[٨٦]، كما أن لجنة الحجــر تقوم باستغلال الوضع أيضًا فى الأوقات الطبيعية، فعلى سبيل المثال، قامت وزارة الداخلية فى عام ١٨٩٠ بإمداد اللجنة بـ ٩٩٣ خيمة، وفى نهاية فترة الحج لم تسلم اللجنة إلا ٢٢٣، حيث احتفظت إدارة الحجر الصحى بـ ٧٦٠ خيمــة[٨٧]، كمــا قدمت الحكومة المصرية أثناء "حملة الحجر الصحى" الباخرة "عايدة" لتأمين سرعة وصول المكاتبات بين السويس والطور، وإمداد المخيمات بالاحتياجــات الرئيــسية كالمياه والغذاء، وعلى الرغم من ضخامة هذه التكاليف تظــل المطالبــة بزيادتهــا قائمة.

يكمل صاحب الرسالة: إن إجراءات الحماية المقررة فى فينيسيا مــن قبــل القوى الغربية، قد تحمل مصر سلسلة من المخاطر الإضافية لمجرد منــع انتقــال الوباء إلى داخل أوروبا التى لا تستطيع القيام بذلك. ولأن وسائل الحمايــة ضــد الأوبئة أصبحت قادرة على تحديد المشاكل وتحجيمهــا، ســمح مــؤتمر فينيــسيا بالترانزيت الحر خلال فترة الحجر الصحى عبر قناة السويس للسفن المشتبه بهــا، وسمح أيضًا باستقبال السفن المصابة القادمة من جهات موبوءة، وأخيــرًا خطــط لإقامة حجر صحى فى منطقة عيون موســى بــالقرب مــن الــسويس لاســتقبال المسافرين المشتبه بهم وبخاصة المصابين بالكوليرا وأمراض وبائية أخــرى[٨٨]،

والجانب المصرى يعتبر أن هذه الإجراءات تعرض مصر قطعًا لمزيد من المخاطر الوبائية، فمما لا شك فيه أن مثل هذه المناطق الجديدة تستهدف إقامة الأجانب وليس المصريين، وبالنسبة لمصر فغالبية الحجاج سيعزلون فى منطقة الطور. ومما سبق يمكننا أن نستخلص أن الإجراءات المفروضة تهدف أساسًا لتحقيق المصالح الأوروبية(٨٩).

تزايدت الأصوات الوطنية الرافضة للهيمنة الأجنبية مما ضاعف من سوء وضع لجنة الحجر، التى كانت بحكم عملها تسيطر على الكثير من الأمور، حيث كشف الجدل القائم حول إعادة تنظيم اللجنة عن المصالح السياسية وراءها، إذ يتعلق الأمر فى حقيقته بالهيمنة الأوروبية، ليس فقط الإنجليزية، بل والأجنبية عامة، من خلال هذا الجهاز القوى. كما تشير الرسالة المجهولة السابقة إلى أنه ليست مصر هى من قامت بوضع مراكز الحجر الصحى فى البلاد، بل الاتفاقيات الدولية، فلم يتم إنشاء هذه المراكز لصالح مصر، التى لو قدر لها الاختيار بحرية لاختارت إنشاءها دون زيادة أعبائها المالية، فمصر تريد المشاركة فى محاربة الأوبئة ولكن دون التخلى عن استقلالها ثمنًا لذلك، وطالب الراسل من الدول الأوروبية أن تقوم بسداد هذه التكاليف، حيث إنها تستفيد من هذه الخدمات للحفاظ على الصحة فى أوروبا، فلا يجب على أية دولة أن تتحمل تبعات موقف معين لا تكون هى المتسببة فيه(٩٠).

إن نظام محاربة الأوبئة فى علاقته بمصر له جانبه الخارجى، مما يؤدى مع مرور الوقت إلى تزايد الشعور بالرفض داخل صفوة الأطباء المصريين الذين يظهرون خلال هذه الفترة.

ظهور صفوة من الأطباء الوطنيين

تعرضت مدرسة الطب بالقاهرة، التى أسسها "كلوت بك" عام ١٨٢٧، منذ بداية نشأتها للكثير من المخاطر والاحتمالات، فبعد رحيل مؤسسها شهدت المدرسة انحدارًا، وعلقت نشاطاتها فى ظل حكم سعيد عام ١٨٥٥، وفى العام التالى استدعى كلوت بك من جديد إلى مصر من أجل إعادة إحياء هذه المؤسسة. فى نهاية مدته القصيرة بسبب المرض، تتابع عدد من الأطباء الفرنسيين على إدارة المدرسة حتى مجيء "محمد البقلى" ـ جراح مصرى سافر إلى باريس ضمن البعثات الأولى(*) التى سافرت إلى هناك عام ١٨٣٢ ـ وفى ظل إدارته انتقلت مدرسة الطب من النظام الفرنسى إلى نظام مصرى خالص.

وتمت الاستفادة من التوسع فى نظامى التعليم الابتدائى والثانوى فى ظل الخديوى إسماعيل، ليصبح التعليم فى مدرسة الطب باللغة العربية على يد أساتذة مصريين ذوى تكوين أوروبى، فتم تكوين فريق من الأساتذة الأكفاء من خلال بعثات علمية منتظمة إلى أوروبا، وخاصة فرنسا، وتمت ترجمة الأعمال الطبية

(*) اهتم محمد على باشا بإرسال المصريين للدراسة فى أوروبا منذ عام ١٨١٣، فأرسل إرساليتين إلى إيطاليا وفرنسا وإنجلترا، لتعلم الفنون والصنائع.. ثم بدأ بإرسال البعثات العلمية منذ عام ١٨٢٦..
البعثة الأولى (١٨٢٦): إلى فرنسا، عدد طلابها ٤٤ طالبًا، منهم ٢ للطب والجراحة.. ويلاحظ أن مدرسة الطب لم تكن قد أنشئت بعد.
البعثة الثانية (١٨٢٨): إلى فرنسا، عدد طلابها ٢٤ طالبًا، منهم ٣ للطب والترجمة!.
البعثة الثالثة (١٨٢٩): إلى فرنسا والنمسا وإنجلترا، عدد طلابها ٥٨ طالبًا، منهم ٢ لتعلم صناعة الآلات الجراحية، وكانت بعثتهما إلى فرنسا.
البعثة الرابعة (١٨٣٢): البعثة الطبية الكبرى.. إلى فرنسا، عدد طلابها ١٢ طبيبا من أوائل خريجى مدرسة الطب بأبى زعبل، وقد اختارهم كلوت بك "لإقامة علم الطب فى مصر على دعائم ثابتة وطيدة وصبغه بالصبغة المصرية، وهو ما لم يكن متيسرًا إلا بتكوين أساتذة من المصريين يلقون الدروس من غير حاجة إلى مساعدة المترجمين".
البعثة الخامسة (١٨٤٤): بعثة الأنجال.. حيث ضمت بعض أنجال وأحفاد محمد على باشا.. إلى فرنسا، عدد طلابها ٨٣ طالبا، منهم ١٦ لتعلم الطب والطبيعيات، وشهدت هذه البعثة تخصصات طب الأسنان، والطب البيطرى، والكيمياء والصيدلة.
البعثة السادسة (١٨٤٥): إلى النمسا، وفيها تخصصان فى طب العيون.
البعثات السابعة والثامنة والتاسعة لم تضم طلابًا فى التخصصات الطبية. (المحرر)

والكتيبات الجديدة إلى العربية، بالإضافة إلى إصدار النشرة الأسبوعية "النحلة الطبية" لعدة سنوات، وهى نشرة تحتوى على الكثير من المعلومات والأخبار العلمية.

لم يجد أحد المراقبين الفرنسيين ما ينتقده أثناء زيارته لمدرسة الطب فى القاهرة عام ١٨٦٨، فالمدرسة تستقبل مئات من الطلاب، وتقوم الحكومة بتغطية تكاليفهم من ملبس ومسكن ومأكل، بالإضافة إلى صرف مبلغ شهرى، ثم يتم تعيينهم بعد ذلك فى الجيش أو فى أحد المراكز الصحية المدنية، علاوة على حوالى "عشرين" من الطلاب الذين لا يستفيدون من المنحة الحكومية، حيث تتحمل أسرهم تكاليف الدراسة، يمكنهم فتح عياداتهم الخاصة بعد الحصول على الدبلوم(٩١).

يبدو أن هذه المدرسة التى تدهورت قليلا بعد وفاة "محمد البقلى " عام ١٨٧٦، لم تنل إعجاب الإنجليز كثيرا، فهم يستريبون من شخصيتها المصرية، فبالرغم من قيام المندوب السامى بمصر اللورد كرومر بتكريم عمل كلوت بك، إلا أنه لم يقدر أيا ممن لحقوه وبخاصة المصريين منهم، وهو بهذا يكون قد ضرب صفحًا عن ثلاثة أرباع إنجازات كلوت بك(٩٢). وعلى هذا أسرع الإنجليز إلى إعادة إنشاء مدرسة الطب على أسس إنجليزية صرفة "من أجل نشر العلوم الغربية فى البلاد"(٩٣)، ففى عام ١٨٨٧، حيث كانت مدرسة الطب لا تزال رسميا فى أيدى المصريين، تم اتخاذ سلسلة من الإصلاحات لتحسين مستوى التدريس العام، وتحديد سن القبول بستة عشر عاما، بالإضافة إلى إدخال بعض المواضيع الدراسية ــ مثل علم الجراثيم ــ فى المناهج التعليمية لمدرسة الطب وفى شهادة الدراسة الثانوية التى أنشئت فى العام نفسه، وأصبح الحصول عليها إلزاميا للقبول فى مدرسة الطب، وأخيرًا ألزم الطلاب بتقديم بحث علمى للحصول على شهادة الدبلوم، كما أن الحكومة لم تعد تتكفل بالطلاب، فبدلا من صرف مبالغ مالية لهم، تم تحصيل رسوم منهم كانت تصل إلى ١٥ جنيهًا فى السنة(٩٤).

ومنذ عام ١٨٩٣ عندما تم تعيين الدكتور "كيتنج" (Keatinge) مديرًا

للمدرسة، اتخذت الدراسة بها منحًا بريطانيا صرفا، فتم تعيين أساتذة إنجليــز فــي معظم المجالات، مع الاستعانة بخبرة "السير كوبر بيــرى" (E.Cooper Pery) ــ مدير مستشفى "جى" (Guy) فى لندن ــ الذى اقترح حــين زار مدرســة الطــب والمستشفى عام ١٨٩٧ إدخال تعديلات استمر الأخذ بها حتى ١٩٢٨.

فتّم ضم كل من المدرسة والمستشفى تحت إدارة واحدة رأسها كيتنج حتــى عام ١٩١٩، وقاموا بتخفيض سنوات الدراسة من ٦ سنوات إلى أربع سنوات على حساب دراسة العلوم الأساسية، فاختفى علم الأحياء على سبيل المثال من المنــاهج الدراسية، وفى المقابل تم تحسين أدوات وشروط العمل فى المعامل والمختبــرات، وتحددت اللغة الإنجليزية كلغة وحيدة لدراسة المناهج[٩٥].

حصلت مدرسة الطب بعد تعديلها على دعم رسمى عام ١٩٠٢، عندما قبلت الكلية الملكية للأطباء الباطنيين والجراحين بلندن إرسال مندوب كل عــام لكتابــة تقرير حول مستوى الامتحانات، وبناء عليه تمنح الكلية الملكية المرموقة الأطبــاء الحاصلين على الدبلوم حق الــدخول مباشــرة فــى امتحانــات الــــ M.R.C.S وL.R.C.P (زمالة الكلية الملكية فى الجراحة، ودرجة الليسانس من الكلية الملكيــة للأطباء الباطنيين)، وذلك بعد العمل لمدة عام فى إحدى المستشفيات البريطانية[٩٦].

وبالرغم من السياسة المعلنة للإنجليز بتوسيع الخدمات الطبية لتشمل مجمل الشعب، إلا أنهم كانوا يعملون على الحد من عدد المقبولين فى مدرسة الطب، فــلا نجد خلال الفترة بين عامى ١٨٩٦ و١٩٠٨ ــ وهى الفترة التى كان خلالها ســعد زغلول رئيسًا للأشغال العامة ــ سوى عدد قليل جدا من الحاصلين على الدبلوم كل عام، عدد لا يزيد عن العشرات، ففى عام ١٨٩٨/١٨٩٧ لم يتخرج سوى اثنين من الأطباء، أما العام التالى فلم يتخرج أحد، وخلال الفترة نفسها وحتــى ١٩٠٥ لــم يصل العدد الإجمالى للطلاب المقيدين فى مدرسة الطب إلى مائة طالــب، بينمــا كانت تسجل البلاد زيادة مطردة فى عدد سكانها. لقد استهدفت هذه السياسة الحــد من عدد الأطباء، وتخريج أعداد محدودة فقط لسد الاحتياجات الأساسية فى قطــاع

الخدمات الطبية الحكومية التى كانت محدودة التطور، ومن ناحية أخرى شـجعت هذه السياسة على جلب الأطباء الأجانب إلى مصر، لممارسة أعمـالهم دون قيـد، وهو أمر لم يعترض عليه المصريون، ومن جهة ثالثـة أدى فـرض المـصاريف لقبول الطلاب الجدد، بالإضافة إلى ضرورة إجادة اللغة الإنجليزية، إلى الحد مـن دخول الأشخاص غير القادرين وإلى جذب أولاد الطبقات العليا، كل ذلك إضـافة إلى الهيبة المقرونة بالأطباء العاملين فى الوظائف العامـة، جعلـت مـن هـؤلاء جميعهم صفوة المجتمع.

كان المنهج الدراسى فى مدرسة الطب منهجًا محـدودًا قـصدًا، فقـد قلـل الإنجليز مدة الدراسة، ولم يكن الغرض تكوين علماء، بل تكوين ممارسين لـديهم معارف وخبرات بسيطة، خبرات ليس الهدف منها علاج الأمراض وإنما استكشاف وجود الأوبئة، لتسجيل الحالات وحصرها، كما أهملوا التخصـصات الأساسـية، وبخاصة الدراسات العليا للحصول على الدبلومات المتخصصة، وحدوا من إرسال البعثات التى كانت تهدف إلى توفير مثل هذه الدراسـات العليـا، وتكـوين سـلك التدريس المصرى، ورغم أن البعثات الخارجية لم تختف تمامًا، بل استمرت بعـد الاحتلال البريطانى، إلا أنه من الملاحظ أن عددها انخفض، فخلال عقـدين منـذ بداية الاحتلال لم يرسل إلا ثلاثة أطباء فقط للتخصص فى الخارج.

كان نظام القبول فى مدرسة الطب يميل إلى قبـول أولاد الطبقـات العليـا القادرين على تحمل نفقات الدراسة فى الخارج، وقد بدأ هذا المنحـى منـذ نهايـة القرن التاسع عشر، وتزايد بقوة خلال السنوات الأولى من بداية القرن العـشرين، خاصة فى فترة ما بين الحربين، إلا أن سعد زغلول أطلق مجددًا نظـام البعثـات الحكومية منذ توليه منصب وزارة الأشغال العامة، فتشكل معظم الأطبـاء الكبـار خلال هذه المرحلة، واستفادوا من إحدى البعثات سواء على نفقة الحكومة أو كمـا هو فى الغالب على نفقتهم الخاصة.

ورغم أن البريطانيين سدوا الطريق أمام النجاح المهنى للمـصريين، إلا أن

السلطات البريطانية أتاحت الفرصة أخيرًا للأعضاء الأكثر تميزًا داخل السلك الطبى المصرى كى يتمكنوا من الهروب من مصير "موظف الصحة"، وهو المصير المحتوم للغالبية منهم، وأفسحت المجال لهم كى ينضموا إلى صفوة المجتمع. ففى دولة ينخفض فيها المستوى الطبى، تتاح الفرصة أمام الأشخاص الذين تكونوا فى الخارج للاستفادة من قدراتهم العلمية، وانضمامهم إلى الصفوة لمواجهة خصومهم، فهؤلاء حصلوا على خبرات مهنية متميزة، وتبنوا نمط وقيم الحياة الغربية، مما يجعلهم أهلا للتقرب من زملائهم الأجانب فى مصر وخاصة الإنجليز. وحيث يعتبر المجال الطبى مضمارًا سياسيا، اجتهد الأطباء المصريون فى ابتكار منطق طبى مختلف فى مواجهة المنطق المفروض من قبل المصالح الأجنبية، فتبنوا منطق محاربة الأمراض المتوطنة، فى مواجهة المنطق المفروض الذى يتعامل مع الأوبئة.

الهوامش

(1) C. Herzlich et J. Perret, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paris, Payot, 1984.

(2) Al-Bukharî, Les Traditions islamiques, trad. 0. Houdas, Paris, Librairie d'Amérique et d' Orient, Maisonneuve, 1977, tome IV, p. 76.

(3) Al-Bukharî, op. cit., p. 74.

(4) D. Panzac, La peste dans l'Empire Ottoman. 1700-1850, Louvain, éd. Pe eters 1985.

(5) Michael W. Dols, The Black Death in the Middle East, Princeton University Press, 1977, p. 98-104

(6) Ibid., p. 121-142.

(7) D. Panzac, op. cit., p. 287

(8) D. Lombard, The Golden Age of Islam. American Elsevier Publishing Company, INC, New York, 1975

(9) R. Ilbert, Alexandrie, 1830-1930. Espace et Société, thése pour le doctorat ès Lettres, Paris, EHESS, 1990, p. 46-47.

(10) D. Panzac, Quarantaines et lazarets d'Europe et la peste d'Orient, Aix-en-Provence, Édisud, 1986, p. 109.

(11) Cité dans J. Jomier, Le mahmal et la caravane égyptienne des pélerins de la Mecque (13e2Oesiècle),Le Caire, imprimerie de I'IFAO,1959, p.62

(12) Ibid., p. 148.

(١٣) د. صالح صبحى، الحج إلى مكة والمدينة، القاهرة المطبعة الأهلية.

(14) Ibid., p. 80.

(15) Ibid., p.94.

(16) Ibid., p. 121

(17) Ibid., p. 122.

(18) Ibid., p. 122.

(19) M. de Chabrol, «Essai sur les mæurs des habitants modernes de l'Egypte», Description de l'Egypte, Paris, 1822, Etat moderne, 2 partie p. 382, cité 2[e] ans D. Panzac, «Endémies, épidémies et population en Égypte au XIXe siècle», L'Egvpte au XIXe siècle, GREPO, Paris, éd. du CNRS, 1982, p. 83-100

(20) W. Wittman, Travels in Turkey, Asia Minor, Syria and Egypt, New York, Arno Press, 1971.

(21) CIot-Bey, Mémoires, Pupliées et annotées par J. Tager, Le Caire, IFAO, 1948, p. 39.

(22) Panzac, La Peste dans l' Empire ottoman, op, cit.

(23) D. Larrey, Mémoire sur le choléra morbus, Paris, 1831, p. 27-33, cité dans F. Delaporte, Le saivoir de la maladie. Essai stir Ic cholera de 1832 à Paris. Paris, PUF, 1990, p. 7.

(24) Ibid., p. 66.

(25) L. Chevalier, Classes laborieuses et Classes dangereuses à Paris pendant la premiére moitié du xixe siècle, Paris, Hachette, 1984.

(26) A. Proust, Procès-verbaux de la Conférence de 1894, p. 23, cité dans R. Carvais, «La maladie, Ia loi et les mærs», Claire Salomon-Bayet éd. Pasteur et La Révolution pastorienne, Paris, Payot, 1986, p. 302.

(27) A. J abartî, Journal d' un notable du Caire durant I 'expédition francaise, 1798 Paris, Albin Michel, 1979.

(28) L. Kuhnke, Lives at Risk. Public Health in Nineteenth-Century Egypt, University of California Press, 1990, p. 75.

(29) Ibid., p. 80.

(30) lbid., p. 81

(31) D. Panzac, La peste dans I'Empire Ottoman, op. cit., p. 469.

(32) Ibid., p.351.

(33) L. Kuhnke, op. cit., p. 66.

(34) Ibid., p. 64.

(35) D. Panzac, «Épidémies, endémies et population en Égypte au xixe siècle», L'Égypte au XiXe siècle, Paris, GREPO, éd. du CNRS,1982, P 85.

(36) Ibid., p. 100.

(37) Ibid., p. 92.

(38) L. Kuhnke, op. cit., p. 137.

(39) Unité administrative pouvant correspondre à un district français.

(40) Cité par L. Kuhnke. op. cit., p. 151.

(41) Ibid., p. 147.

(42) Clot-Bey, Mémoires, op. cit., p. 157.

(43) Lady Mary Montagu, L'islam au péril des femmes. Une Anglaise en Turquie au xvIIIe siècle, introduction, traduction et notes d'Anne-Marie Moulin et Pierre Chuvin, Paris, La Découverte, 1991.

(44) L. Kuhnke, op. cit., Pour une histoire de la mise en place de la vaccination antivariolique, voir p. 111-121.

(45) Ibid., p. 114.

(46) Cité par L. Kuhnke, ibid., p. 117.

(47) Clot-bey, Introduction de la vaccination en Égypte en 1827. Organisation du service medico -hygiénique des provinces en 1840: instructions et règlements relatifs à ces deux services, Paris, Victor Masson et Fils, n. d, p. 23.

(48) D. Panzac, art. cit.

(49) Y. Turin, Affrontemens culturels dans l'Algérie coloniale. Écoles, médecines, religion, 1830-1880, Paris, Maspero. 1971, p. 308. Y. Turin cite ici un rapport de santé de Bône datant de 1851.

(50) D. Panzac, La peste dans l'Empire ottoman, op. cit., p. 450.

(51) L. Kuhnke, op. cit., p. 95.

(52) D. Panzac, op. cit., p. 466.

(53) N, E. Gallagher, Medicine and Power in Tunisia, 1780-1900, Cambridge University Press, 1983

(٥٤) يتكون المجلس الأعلى للصحة فى القسطنطينية من تسعة أعضاء من الحكومة (رعايا أتراك) وتسعة مندوبين لدى الباب العالى، النمسا وبلجيكا وفرنسا وبريطانيا العظمى واليونان وبروسيا وروسيا وسردينيا وتوسكانا. وتتكون الإدارة الصحية بالإسكندرية من العناصر نفسها وتقوم على أسس المجلس الأعلى للصحة بالقسطنطينية نفسها.

(55) R. Ilbert, thése citée, p. 161.

(56) L. Kuhnke, op. cit, p. 103.

(57) Ibid.

(58) Op. cit., p. 107.

(59) C. E. Berard, Le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte, Alexandrie, Typo-lithographie V. Penasson, 1897, p. 41.

(60) A Ia fin de l'année 1881, Ahmad 'Urâbî, chef de L'opposition nationale et ministre de Ia Guerre, mène une révolte armée contre lingérence étrangère.

(61) Selon la formule employée par J. Berque, Égypte. Impérialisme et révolution, Paris. Gaillimard, 1967.

(62) Ibid., p. 173.

(63) B. Latour, Les microbes. Guerre et paix. Paris, éd. Métailié, 1984.

(64) S. Jagaillou La médicalisation de l'Égypt au (1798.1918), Paris, éd. Recherche sur les civilizations, 1986, p. 128.

(65) A. M. Moulin, «Révolutions médicales et révolutions Politiques en Égypte (1865-1917)», R.E.M.M.M. no 52/53, 2-3, 1989, p. 118.

(٦٦) لقب "عمدة".

(67) S. Jagailloux, op. cit., p. 149.

(68) Loi n° 15 du 25 avril 1912 prescrivant les mesures prophylactiques contre les maladies infectieuses.

(69) Les échèches sont des ilôts d'habitation insalubres insérès dans le tissu urbain.

(70) R. Ilbert, op. cit., p. 464.

(71) Recueil des Documents officiels, 1891, p. 127.

(72) Lord Cromer's Report for the Year 1903, p. 54.

(73) A. Sonbol, The Creation of a Medical Profession in Egypt, 1800.1922, New York, Syracuse University Press, 1991.

(74) Annual Report for 1913. Ministry of the Interior, Egypt, Department of Public Health, Cairo, Government Press, 1915.

(75) J. Leonard, La médecine entre les Pouvoirs et les savoirs, Paris, Aubier-Montaigne, I 1981.

(٧٦) يرجع إنشاء هذه المؤسسات لمبادرات إنسانية، ففى عام ١٩٠٢ قدم "ارنست كاسل" منحة مقدارها ٤٠٠٠٠ جنيه مصرى، تستخدم فوائدها فى علاج مرضى أمــراض

العيون. شهدت مستشفيات العيون المتنقلة والتى تقدم خدماتها بالمجان، نجاحًا كبيرًا، فكانت بمثابة بريق الأمل الوحيد للمرضى وسط ندرة الخدمات الطبيـة فـى ذلـك الحين. "نظر إلى هذا المشروع فى بدايته نظرة قلق وتوجس، فقد تم التشكيك فـى نجاحه وفى إقبال الفلاحين على الاستفادة منه، ولكن سرعان ما زالت هذه النظـرة أمام نجاحاته الفورية، بل على العكس لم يتردد الجمهور البتة من اللجوء إلى هـذه المستشفيات للاستفادة من خدماتها الطبية وإجراء العمليات المطلوبة، وكـان إقبـال النساء من المؤشرات الملفتة للانتباه، بل إن توافد المرضى كان يفـوق القـدرات الفعلية للعاملين به في جميع المناطق سواء أكان ذلك في منوف أو دميـاط، فكنـا نشهد في الصباح أعدادًا تصل إلى ٢٠٠ حالة فى انتظار الكشف عليها. ويتكرر هذا المشهد فى قليوب". Dr MacCallan، مسئول مستشفيات العيون المتنقلة.

(٧٧) تقرير اللورد كرومر لعام ١٩٠٤ ص ٩٢.

(٧٨) دار المحفوظات القومية المصرية، مجلس الـوزراء، وزارة الداخليـة، صـندوق A/2/11: الأوبئة. مذكرة الدكتور روجرز مدير عام الخدمات الصحية التى أرسلها فى ١١ مارس ١٨٩٩.

(79) D. A. Valassopoulo, la peste à Alexandrie en 1899, Paris, Maloine, 1901, p. 97.

(80) Cf. Ibid., p. 96

(81) Ibid., p. 97

(٨٢) دار المحفوظات المصرية، مجلس الوزراء، وزارة الداخليـة، صـندوق A/2/11: الأوبئة، خطاب بتاريخ ٤ أكتوبر ١٨٨٤.

(٨٣) دار المحفوظات المصرية، مجلس الـوزراء، وزارة الداخليـة، صـندوق A/2/4: الحجر الصحى، خطاب بتاريخ ١٨ شوال ١٩٠٨.

(٨٤) دار المحفوظات المصرية، مجلس الوزراء، وزارة الداخليـــة، صـــندوق A/2/11: الحجر الصحى، خطاب بتاريخ ١٤ فبراير ١٨٩١ .

(٨٥) المرسوم الخديوى بتاريخ ١٩ يونيو ١٨٩٣، بخصوص إعادة تنظيم مجلس الحجـــر الصحى ليتلاءم والتوجهات التى صدرت فى فينيسيا والتى تؤكد على وجود أربعـــة مندوبين مصريين ودكتور واحد أوروبى.

(٨٦) دار المحفوظات المصرية، مجلس الوزراء، وزارة الداخلية، خطاب موجـــه إلـــى مجلس الوزراء بتاريخ ١٨٩٤.

(87) Ibid.

(٨٨) تؤدى تلك القرارات إلى زيادة الأعباء المالية الواقعة على عاتق الحكومة المصرية، حيث إنها ستضطر إلى "مضاعفة الرقابة وإنشاء كردونات صحية حقيقية لمنع أيـــة اتصالات بين السفن التى وضعت فى الحجر الصحى وبين الأرض خلال مرورها من قناة السويس، كما أن عزل المرضى فى منطقة عيون موســـى ســـيؤدى إلـــى ضرورة إنشاء مراكز رقابية عديدة تهدف إلى تطبيق التدابير الوقائية. ويعد التركز فى مداخل قناة السويس تهديدًا مستمرًا بالنسبة لمدينة القاهرة كلها، بما يعنى مزيـــدًا من التدابير الوقائية من قبل الحكومة لحماية أرضـــها" ANE، مجلـــس الـــوزراء، وزارة الداخلية، صندوق A/2/4: الحجر الصحى "مـــذكرة توضـــيحية" مجهولـــة المصدر وغير مؤخرة.

(89) Ibid.

(90) ANE, Note anonyme de 1894.

(91) L. Kuhnke, op. cit., P. 47.

(92) Lord Cromer, Modern Egypt, Macmillan, London, 1908, 2 vol., p. 508.

(93) Ibid., p.510.

(94) N. Mahfûz, The History of Medical Education in Egypt, Le Caire, Government Press, 1935, p. 49.

(95) Ibid., p. 53.

(96) Ibid., p. 55.

الفصل الثانى

ابتكار الأمراض المتوطنة

بانتهاء الحرب العالمية الأولى، بدأت مطالبة السلك الطبى فى مصر باستقلاليته وهويته، وذلك من خلال ظهور منظمات مهنية ومؤسسات علمية وتعليمية جديدة. بدأ هذا الاتجاه الجديد فى التبلور من داخل إطار الحركة القومية آنذاك، ثم تطور فى اتجاهين رئيسيين، فمن جهة توجب على الأطباء المصريين التفوق على نظرائهم الأجانب فى مصر، والذين كانوا يهيمنون على المهنة، دون الخروج عن شرعية الدوائر العلمية الدولية، ومن جهة أخرى توجب عليهم أيضًا مواجهة منطق الخدمات الصحية التى فرضتها المخاوف والمشاغل الدولية، والتى تنحصر فى مجرد محاربة الأوبئة، وذلك من خلال البحث عن إمكانية فرض منطق طبى جديد، يضع الأمراض المتوطنة على رأس الأولويات.

الهيمنة الوطنية على ممارسة مهنة الطب

انتقام السلك الطبى المصرى

بالرغم من ثقل التاريخ الممتد لأكثر من قرن من الزمان، والذى عرف خلاله الأطباء المصريون فترات مظلمة أمجادًا زائلة، وفى معظم الوقت سيطرة من الخارج، كان الأطباء المصريون يعملون على بناء هويتهم فى بداية القرن

العشرين. فالصفوة التى انطلقت كنتيجة لسياسة الإنجليز، باتت تنصب نفسها متحدثا رسميا وتأخذ على عاتقها ضمان استقلالية "الأطباء المصريين"، من خلال إنشاء مؤسسات وطنية جديدة، كلية الطب ووزارة الصحة ونقابة مهنية فى بلد لم يكن قد بلور بعد مفهوم القومية المصرية.

تحدث عملية الاستقلال الوطنى هذه والمطالبة باستقلال المهنة، فى مواجهة وضع أعاق تطورها واستمر منذ بدايات التكوين الطبى فى مصر، فالمعرفة الفكرية والتقنية التى يمتلكها الأطباء قادمة من الغرب، ومن خلال السيطرة عليها وعلى ممارسات المهنة فى بلادهم، أصبحوا قادرين على استيعاب هذا الإرث وتحويله إلى عملية إيجابية بدلا من مجرد نقله. ولأن الأطباء يعملون فى ظل الاحتلال فإن مجرد المطالبة باستقلال المهنة كان عاملا مساعدا فى القضية الوطنية، إذ يبحث الأطباء بالفعل عن طريقة لتأكيد ذاتهم، باعتبارهم فئة مهنية واجتماعية تمتلك الكفاءة والقدرة على بلورة مشروع اجتماعى خاص بمصر. وهكذا يشرعون فى مواجهة الأجانب، بعدم قدرتهم على فهم المجتمع المصرى واحتياجاته الطبية، إلا أن الأطباء المصريين يواجهون بمنافسة شرسة من قبل الأطباء الأجانب الكثيرين فى البلاد، والذين يهيمنون على الوضع، مما يشكل عامل ضغط على مكانة المصريين.

تأكد وجود الأطباء الأجانب فى مصر منذ نهاية القرن السادس عشر(١)، حيث كان عددهم لا يزال محدودًا، وكانوا تابعين لقنصليات القوى الكبرى الأوروبية، يمارسون مهنتهم داخل المحيط الأجنبى الذى يثق فى معارفهم الطبية، وان لم تكن آنذاك أكثر تميزًا عن المعارف الطبية المحلية.

جذب المناخ المنفتح للقرن التاسع عشر العديد من الأطباء الأجانب إلى البلاد، ليعملوا بها فى إطار عياداتهم الخاصة، فى حين عمل الأطباء المصريون – فى معظمهم – فى الخدمات العامة، ويزداد عدد الأطباء الأجانب كثيرا بعد ازدهار

القطن فى ١٨٦٠ ثم مع الاحتلال البريطانى. وبالرغم من قلة عدد المرضى القادرين ماديا، إلا أن فرص الثراء من جراء تلك المهنة كانت كثيرة، حتى إننا نجد العديد من الأفاقين والنصابين والمغامرين، غير الحاصلين على دبلومات الطب، يجربون حظهم من خلالها.

ينتشر هذا الوضع بسبب غياب الرقابة على ممارسة المهنة حتى صدور مرسوم ١٣ يونيو ١٨٩١، الذى يشكل الخطوة الأولى فى هذا الاتجاه، ورغم أنه لم يحد من ممارسة الأجانب للمهنة، فقد كان الجديد فى هذا المرسوم هو إلزام الممارس بتقديم شهادة من أية جامعة معروفة، كشرط لممارسة المهنة، وذلك لاستبعاد الدخلاء عليها، وهكذا تحدد الإطار القانونى للسلك الطبى على أساس توحيد شروط المزاولة.

أتاح هذا النظام الموحد الفرصة أمام المصريين، للمطالبة بالمساواة مع الأجانب فى المهمات وأشكال الممارسة(٢). لم يعترف الفرنسيون إلا عام ١٨٩٢ بالوجه الأوحد للطبيب(٣)، وأتاحت الحرب العالمية الأولى الفرصة الحقيقية للأطباء المصريين كى يؤكدوا أنفسهم مهنيا، وكى يشرعوا فى الإفلات من الهيمنة البريطانية، فعندما استدعت الحرب إرسال الأطباء الإنجليز إلى الجبهة، احتل الأساتذة المصريون كراسى الأستاذية فى مدرسة الطب ــ التى كان يحتلها الإنجليز ــ كما اتخذ الأطباء العاملون فى الوظائف العامة ممهم المفتشين.

تدفع ثورة ١٩١٩ فى هذا الاتجاه، إذ يدعم الأطباء المصريون الحركة الوطنية، فمن خلال استقلال البلاد يضمنون ترقيهم المهنى والاجتماعى، وبعد لقاء سعد زغلول مع لجنة ميلنر بلندن فى يونيو ١٩٢٠، يبادر الأطباء المجتمعون تحت رئاسة "عيسى حمدى باشا" ــ رئيس الجمعية الطبية المصرية التى تأسست فى أبريل من العام نفسه(٤) ــ إلى تجديد ثقتهم فى الوفد، وتقديم دعمهم لسياساته التى تهدف إلى الحصول على الاستقلال ولو مقابل بعض التنازلات، مثل استمرار الاحتلال العسكرى على الضفة الشرقية للقناة(٥).

فى إطار التحرر الوطنى المصاحب لثورة ١٩١٩، كان مطلب الأطباء الملح يدور حول تعيين المصريين في مناصب التدريس بمدرسة الطب بالقصر العينى، وهكذا فى ١٩٢٠ تقدمت الجمعية الطبية المصرية بتقرير إلى وزير الأشغال العامة، بمناسبة استقالة الدكتور فيشر أستاذ الرمد، للإعراب عن رغبتهم فى تعيين أحد المصريين فى هذا المنصب، وينبه التقرير فى هذا الصدد إلى أن لجنة الإشراف على كادر التدريس الموجودة فى لندن ـ والتى تقوم بتعيين الأساتذة فى مدرسة الطب ـ بعيدة كل البعد عن مصلحة البلاد، وبناء عليه تطالب الجمعية بإقامة تلك اللجنة فى القاهرة، يمثلها فقط العناصر الوطنية(٦). لم يعد خضوع السلك الطبى السافر لهيمنة المحتل مقبولة، خاصة وأن هناك اتهامًا موجهًا للإنجليز بإهمال السياسة الصحية فى مصر، ومن أجل الاعتراف بقدرات المصريين الطبية كان لزامًا عليهم أن يعملوا على انتزاع الاعتراف بقيمة الشهادة المصرية والمؤسسة التى تمنحها.

قام الأطباء المصريون من أجل تدعيم مطالبهم، بكتابة تاريخ مدرسة الطب فى القاهرة منذ نشأتها، بهدف التنقيب عن جذورها الوطنية(٧)، فلم يعتبروا "كلوت بك" إمبرياليا، بالرغم من كونه أجنبيا، حيث شاءت أقداره الفردية أن يصل إلى مصر حين دفعه حبه لها ورغبته الشخصية فى القيام بهذا العمل، أما الأساتذة الأجانب الذين أداروا التعليم فى مدرسة الطب، فكان لهم دور حيوى فى تشكيل الطلاب المصريين، وارسالهم فى بعثات إلى أوروبا لاستكمال دراساتهم واحتلال مراكز التدريس لدى عودتهم، لنقل معارفهم إلى أطفال هذا البلد، حيث أثمر هذا التعاون المتناغم ميلاد مهنة الطب المحلية التى تفخر بأسماء كبيرة، أمثال محمد البقلى ومحمد درى.

يؤكد التأريخ الطبى على أهمية الفترة الممتدة بين عامى ١٨٦٠ و١٨٨٢، وهى الفترة التى يطلق عليها "النهضة الطبية المصرية"، لتمييزها عن الحركة

العامة للنصف الثانى من القرن التاسع عشر، الماضى قدما نحو التحديث، فتحتوى الأعداد الأولى من جريدة الجمعية الطبية المصرية، التى تبدأ فى الظهور عام ١٩١٧، على العديد من السير الذاتية للأطباء المصريين سواء المعروفين منهم أو المغمورين، والذين تشكلوا خلال تلك الفترة، باعتبارهم رواد الطب الحديث، وأساتذة لأطباء الفترة بين عامى ١٩٢٠ و ١٩٣٠[٨].

وفى المقابل توجه انتقادات شديدة للمرحلة التى تدخل فيها الاحتلال البريطانى، وهى المرحلة التى شهدت الانخفاض الكبير فى عدد الطلاب، إذ لم يتخرج إلا أربعة طلاب عام ١٨٩٤، وطالبان عام ١٨٩٩، وهى أيضًا الفترة التى كانت السياسة الإنجليزية خلالها لا تعبأ بتحسين الأوضاع الطبية والصحية المتدهورة.

يفسر الإنجليز من جهتهم التاريخ الطبى فى مصر بطريقة مختلفة تمامًا، إذ يدعون أنهم حين جاءوا، وجدوا مدرسة الطب غارقة فى حالة من التراخى، ولا تمتلك أية تقاليد علمية، بالإضافة إلى مستشفى تعانى من تدهور شديد[٩]، ومن جهته يعتبر اللورد كرومر أن الطب الحديث والجراحة علوم أوروبية فى الأساس... وأن أفضل وسيلة لسد الاحتياجات الطبية للبلاد، دون السماح بدخول الأطباء الأوروبيين الدجالين، هى الإمساك بزمام العملية التعليمية الطبية، وأنه كان واضحًا منذ البداية أن حفنة من الإنجليز المؤهلين قادرة خلال بضع سنوات، على نشر العلوم الأوروبية فى البلاد كلها وبسبب نشاط وخصائص الأنجلو- ساكسون، انكب الإنجليز على العمل حتى يجعلوا من المصرى "طبيبًا رغمًا عنه"[١٠].

من خلال هذه القراءات التاريخية، نرى أن الصراع الدائر كان بغرض الاستحواذ على شرعية إدارة مستقبل الطب فى البلاد، فالمنطق الاستعمارى الإنجليزى شكك فى قدرات السلك الطبى المصرى، من خلال حصر الطب محليًا وجعله أداة سياسية للسيطرة على السكان.

أما المصريون فنجحوا في استثمار اللحظة التاريخية، لنزع الاعتراف الشرعي، والدخول بالطب إلى كافة الأصعدة، واكتساب الاعتراف الاجتماعي والمهني، مما أعطاهم الصلاحية لمواجهة الإنجليز، وهكذا أثار الدكتور/ نجيب محفوظ ـ أستاذ أمراض النساء والتوليد وأحد الأطباء المصريين البارزين ـ الغضب والاستنكار داخل المؤتمر الدولي للجراحة عام ١٩٣٥، حين نشر كتابًا عن التعليم الطبي في مصر، مقدما رؤية عن تاريخ مدرسة الطب مختلفة تمامًا عن التاريخ الرسمي(١١) المصري. لقد تعرض هذا العمل لانتقاد شديد خاصة من الدكتور/ خليل عبد الخالق(١٢) ـ أحد كبار الشخصيات الطبية المصرية أيضًا ـ والذي خرج عن الرزانة المألوفة في الحوارات العلمية لمواجهة موقف د. نجيب محفوظ المساند للإنجليز، فقد اعتبر أن هذا العمل يعد أكبر إهانة توجه للمصريين من أحد المصريين، كما استقبل عمل الدكتور/ نجيب محفوظ باستنكار رسمي من قبل مجلس كلية الطب.

خلال الفترة بين عامي ١٩٢٠ و١٩٣٠ تؤتي المواجهات، من أجل إعطاء وظائف التدريس لمصريين، ثمارها، فبالرغم من عدم إحلال مصريين في منصب الدكتور فيشر ـ أستاذ الرمد ـ إلا أنه تم تخصيص كرسيين دراسيين لمصريين في بداية العشرينيات من القرن العشرين، وينتخب الدكتور/ علي إبراهيم نائبًا لعميد كلية الطب عام ١٩٢٦، ثم عميدًا عام ١٩٢٩ (أول عميد مصري)، ويعد د. علي إبراهيم من رواد الجراحين المصريين في مصر، وأول من ساهم في نشر الطب المصري.

كانت هذه الإنجازات لا تزال هشة، إذ لم يكن الإنجليز على استعداد للتخلي عن وضعهم المتميز، فقد استمر البعض منهم في التدريس بكلية الطب حتى قيام الثورة في ١٩٥٢.

حصلت مصر على استقلال صوري عام ١٩٢٢، وشهدت سنوات ١٩٢٦ و١٩٢٩ اصدار قانونين متتاليين لتقنين "الهوية الوطنية المصرية"، وإن ظلا حبرًا

على ورق، لأن مصر كانت لا تزال تحت الحكم العثمانى[١٣]. فى إطار هذه التطورات صيغت عام ١٩٢٨ قواعد لتنظيم ممارسة مهنة الطب، لتحل محل قوانين عام ١٨٩١، ودعم هذا التشريع الثانى مفهوم "المصرية" الوليدة، فقد أصبح الأمر يتطلب الحصول على دبلوم من كلية الطب جامعة القاهرة لممارسة مهنة الطب، بالإضافة إلى ضرورة القيد فى إدارة الصحة العامة، وأصبحت الكلية تقبل الطلاب المصريين بشكل شبه حصرى، أما الأطباء الحاصلون على دبلومات من الخارج، فأصبح لزاما عليهم اجتياز امتحان وفق برنامج الامتحان النهائى لكلية الطب بالقاهرة، مع إمكانية استخدام إحدى اللغات المستخدمة فى المحاكم المختلطة، وفى حالة النجاح فقط، يتم قيدهم فى إدارة الصحة العامة، ويستثنى من هذا النظام فقط أساتذة الكليات الأجنبية والأطباء الذين مارسوا المهنة طوال خمس سنوات على الأقل فى إحدى المستشفيات المعترف بها من قبل الحكومة المصرية، وكل شخصية يصعب التشكك فى قدراتها[١٤]، وفى عام ١٩٣٢ صدر قانون جديد يوسع نطاق الاستثناء للمؤهلين المصريين من كليات أجنبية، حتى لا يضار المصريون الذين تعلموا بالخارج.

ويؤكد هذا التشريع الجديد على أن تكون كلية طب القاهرة هى الجهة الوحيدة الواضعة لشروط المؤهلات والقبول الخاصة بالنسبة للأطباء المصريين فى مصر.

ومنذ عام ١٩٢٥ تم إدماج مدرسة الطب فى الجامعة المصرية الوليدة، كما تم الاعتراف رسميا بشهادتها من قبل الدولة المصرية التى تولت زمام الأمور بها، مما جعلها تكتسب شروط الكلية، ويعطيها صلاحيات "عالمية"، تتساوى مع مثيلاتها من كليات الطب الغربية، وأتاح للأطباء الجدد ــ وعلى رأسهم "على إبراهيم" ــ الهيمنة على إنتاج السلك الطبى، وتوسيع نطاق عملهم فى المؤسسة الجديدة.

المطالبة بالسيطرة على مجال العمل

بمجرد النجاح فى الاعتراف بقيمة الشهادة والمؤسسة، توجه الاهتمام بعد ذلك بوضوح نحو الصراع ضد مزاحمة الأطباء الأجانب، الذين كانوا يحتلون غالبية الوظائف العامة رفيعة المستوى، بالإضافة إلى هيمنتهم على سوق العمل الخاص الذى يحلم به الطبيب المصرى.

كان الأطباء الأجانب التابعون لاثنتى عشرة دولة غربية كبرى[١٥]، يخضعون لنظام الامتيازات الأجنبية، وهو النظام الذى وضعه الباب العالى منذ القرن السادس عشر، وكان بموجبه ينعم الأجانب فى مصر بامتيازات وحصانات قانونية، وإعفاءات مالية، بالإضافة إلى السماح لهم بالمشاركة فى الشئون العامة.

احتفظ الرعايا العثمانيون بتلك المزايا، بالإضافة لما جاء فى معاهدة لوزان (٢٤ يوليو١٩٢٣)، وهى المعاهدة التى منحتهم وضعية التبعية الأهلية التى تلزمهم بأداء الخدمة العسكرية، وتسمح لهم بالمشاركة فى الانتخابات، وشغل بعض المناصب العامة. يستمر الخلط طويلا فى مجال التمييز بين المصريين الأصليين و"الرعايا المحليين"، ففى أحد الإحصاءات التى أعدها البريطانيون عن مجمل الأطباء الممارسين فى مصر عام ١٩١٨[١٦]، نجد تحت وصف "مصرى"، كل فئات السكان من مسلمين وأقباط وسوريين وأرمن، فيؤكد هذا التصنيف على استمرار الوضع القديم الذى لا يحدد ماهية "الوطنية"، والذى يعطى بعض المميزات للأجانب، خاصة فيما يتعلق بشغل المناصب العامة.

وتعطى قائمة الأطباء الذين يسمح لهم بمزاولة المهنة فى مصر عام ١٩٢٢[١٧] صورة عن التوزيع الجغرافى لأنماط الممارسة المختلفة وفق البلاد التى حصلوا منها على الشهادات، إذ نجد انه من إجمالى ١٥٣٣ طبيبًا تم قيدهم حتى تاريخه، هناك ٥٥٠ حصلوا على شهاداتهم من القاهرة، منهم ٨٩ طبيبًا هم على الأرجح من المصريين الذين حازوا دبلومًا فى أحد التخصصات من كلية أجنبية،

وأغلبهم حصلوا على شهادة الدكتوراة في الطب من القاهرة، أي أن نسبة الأطباء الحاصلين على شهاداتهم من مصر تصل إلى حوالى ٤٠%.

ومعظم الأجانب سواء الأوروبيون أو الأمريكيون يعملون في عيادات خاصة بالقاهرة أو الإسكندرية أو منطقة قناة السويس، ويشغل بعض البريطانيين مناصب عليا في الأشغال العامة أو كلية الطب بالقاهرة، في حين أن الريف لا يشكل عامل جذب بالنسبة لهم، باستثناء بعض الأمريكيين العاملين في المستشفيات مع البعثة الأمريكية بأسيوط وطنطا، أو وجود احدهم بفندق الوندسور بالاس في الأقصر.

أما "الرعايا المحليون" الحاصلون على شهاداتهم من القسطنطينية أو بيروت، فكانوا يمثلون ١٩% من إجمالى الأطباء الممارسين، ويعملون في عيادات خاصة (١٩٧ من ٢٨٩) بالقاهرة والإسكندرية على وجه الخصوص، إلا أنه وبعكس الأجانب فقد تركز البعض منهم في الأقاليم بما في ذلك الصعيد(١٨)، وبالإضافة إلى المزايا التي تمنح لهم كان بعض هؤلاء الأطباء ـ القادمين من أقاليم الإمبراطورية العثمانية السابقة ـ يشغلون مناصب عامة في مكاتب الصحة بالمراكز، ونجد – لأسباب غير معلومة – أن معظم الأطباء العاملين في الجيش بالسودان حصلوا على شهاداتهم من كلية الطب ببيروت، وفي الأغلب الأعم كان الأطباء في المراكز هم من الحاصلين على شهاداتهم من القاهرة، وبسبب انخفاض الأجور في الوظائف العامة كان يسمح لهؤلاء الأطباء بمزاولة المهنة في عيادات خاصة بعد ساعات العمل الرسمية، غير أنهم كانوا يواجهون في هذا المضمار ـ الذي يشكل أساس دخلهم ومكانتهم الاجتماعية ـ منافسة شديدة من قبل الممارسين اليونانيين، أولئك الذين لا يشغلون أيا من الأعمال العامة، بعكس العثمانيين، بل ينتشرون في أرجاء البلاد حيث نجد في كل مدينة ـ من المحتمل أن يكون بها زبائن ـ طبيب أو اثنين أو ثلاثة أطباء يونانيين.

وكانت هناك كثافة في عدد الأطباء الأجانب في الوظائف العليا وذات

المسئولية فى الإدارة الصحية العامة، إذ يحبذ النظام الاستعماري هذا الوضـــع، ولا يقتصر الوضع على استحواذ الإنجليز على المناصب الرئيسية فقط، بل نجد استفادة بقية الجاليات الأجنبية من هذا الوضع وبخاصة الطليان.

فى عام ١٩١٥ تم توزيع نشرة إدارية، تشير إلى ضـــرورة العمـــل بمبـــدأ حصر وظائف الدولة على ذوى "الجنسية المصرية"، وفى العام التـــالى للاســـتقلال الصورى سنة ١٩٢٢، تم بالفعل إصدار قانون يحدد بدقة الشروط المتميـــزة التـــى سيحصل عليها الأجنبى فى حالة الخروج على المعاش، أو تقـــديم الاســـتقالة مـــن الوظيفة العامة. إلا أنه تم استثناء المجلس الصحى ولجنة الحجر الصحى والبحرية بالإسكندرية من هذا الإجراء، لتحتفظ بخصوصيتها الأجنبية داخل النظام الـــصحى بمصر، وقياسا على ذلك عانى القانون من حالات استثنائية كثيرة، ليؤدى الوضـــع إلى إبعاد الكثير من المصريين عن الوظائف العامة العليا، مؤكـــدا علـــى النظـــرة الدونية للمحتل لقدرات المصرى الذى تعلم بالقاهرة.

تظل مناصب اتخاذ القرار، على رأس الإدارة الصحية، نقطة الصراع بـــين المصريين والبريطانيين، فكما رأينا كان المصريون من جانبهم يشككون فى قدرات الإنجليز على فهم المشاكل الصحية فى مصر، ويتهمونهم بإهمال أحـــد المجـــالات الاجتماعية التى تعد من الشروط الأساسية لتحديث البلاد، لكن وبالرغم من دستور ١٩٢٣، لا يتنازل الإنجليز إلا عن القليل جدا من مكتسباتهم، فيتخـــذون إجـــراءات توحى بوجود دولة مستقلة، مثل استبدال وكيل وزارة الصحة البريطانى بمـــصرى، فى الوقت الذى تظل الإدارة العليا للصحة العامة فـــى أيـــدى البريطـــانيين الـــذين يشغلون اثنى عشر منصبا منها[١٩].

تساق مبررات اخرى لتوظيف الأجانب فى المناصب العليا للدولـــة، منهـــا بالأساس تلك التى تؤكد على ضرورة التمكن من اللغـــات الأوروبيـــة، والمعرفـــة الجيدة للثقافات الأجنبية، من أجل شغل مثل هذه المناصب، حيث يتم التشكيك فـــى مثل تلك القدرات بالنسبة للمصريين، بالرغم من تعلمهم الطب الحديث فى القـــاهرة

منذ أكثر من مائة عام، وبالرغم من كونهم من أكثر الفئات "نزوعًا نحو الغـــرب". وهكذا في ١٩١٥ يذهب منصب مفتش الصحة إلى أحد المرشـــحين الـــذى يحمـــل الجنسية الإيطالية، وتنحصر وظيفته في مساعدة مفتش صحة مدينة القـــاهرة فـــى الأحياء التى يعيش فيها الإيطاليون، مما يعنى عدم القدرة على الاستغناء عن ممثلى الفئات الأجنبية لحسن تنفيذ الأوامر الإدارية(٢٠). يستمر هذا الموقـــف فـــى ١٩٢٠ أثناء اختيار مفتش لقسم الأوبئة في إدارة الصحة العامـــة، والـــذى يـــدخل ضـــمن اختصاصاته القيام بوظائف طبيب ميناء الإسكندرية، إذ ترى الإدارة ضـــرورة أن يكون المرشح لهذا المنصب من غير المصريين، بسبب حتمية تعامله المستمر مـــع المسافرين، الذين يكونون في معظمهم من الأجانب، وبالتالى يتوجب إجادته لعـــدة لغات أجنبية(٢١).

كانت هناك تبريرات آخرى تدعم ضرورة ترشيح الأجانب فـــى المناصـــب العليا، مثل التذكير بغياب التخصص الطبى من المناهج الدراسية في كليـــة طـــب القاهرة، وتظهر هذه المشكلة على سبيل المثال عام ١٩١٩ أثنـــاء اختيـــار مفـــتش للأمراض التناسلية، فوفقًا لإدارة الصحة العامة "فإن هذا الفرع من فـــروع الطـــب يحتاج إلى معارف وممارسات تقنية متخصصة متوفرة في أطبـــاء اكتـــسبوا هـــذه الخبرة الخاصة إما في أوروبا وإما في الجيش وقادرين على إعطـــاء دفعـــة لهـــذا القسم بالذات"(٢٢)، وفي العام نفسه تأكد الاتجاه الخاص بعدم قدرة المصريين للعمل في هذا التخصص حين تم بالفعل تعيين أربعة مفتشين للصحة في هذا المجال.

لم يختف هذا المنحى وتبعاته إلا في عام ١٩٤٠، عنـــدما تخرجـــت أولـــى دفعات الأطباء في الأقسام المتخصصة التى أنشأتها كليـــة الطـــب بالقـــاهرة منـــذ ١٩٣٠.

اتجه الأطباء المصريون أكثر فأكثر إلى العمل الحـــر الـــذى يتوافـــق مـــع طموحاتهم العملية والشخصية، خاصة وأن الوظائف العامة المتاحة كانت محـــدودة المسئولية وغير ذى أهمية، كما أن الوظائف العليا مقصورة على الأجانب وعـــدد

محدود جدا من المصريين. وفى المقابل لا يمكن إنكار أن هذه الفترة شهدت بزوغ القيم الليبرالية، كما شهدت تقنين مبادئ الطب الذى يطلق عليه أيضا الطب "الليبرالى" فى كل من أوروبا ومصر، ورغم ذلك يظل الأجانب التابعون للقوى العظمى أو للإمبراطورية العثمانية مسيطرين على ممارسة المهنة كما كانوا منذ أمد بعيد، علاوة على انتشار اليونانيين فى الأرياف، وكثافة تواجد الأجانب بالمدن الكبرى فى البلاد.

هذه المنافسة التى كان يشعر بها المصريون أدت إلى اجتماع الأطباء الليبراليين فى عام ١٩١٣ بالقاهرة، لمناقشة هذه القضايا التى تواجههم، فاجتمع ١٧٠ طبيبًا رافعين لواء "مصريتهم"، إلا أننا نجد وسطهم الدكتور/ كامانوس باشا ـــ الطبيب اليونانى الذى درس فى ألمانيا والذى مارس المهنة فى مصر منذ ١٨٧٧ ومن ثم أصبح الطبيب الخاص للخديوى ـــ على أساس تبنى البعض لفكرة أن الاستقرار لمدة طويلة فى مصر يكسب الشخص مميزات "الجنسية المصرية".

قام المشتركون فى هذا الاجتماع برسم خريطة لوضع المهنة، وأكدوا على أن تفاقم الأزمة الاقتصادية يزيد من مصاعب التكسب من ممارسة المهنة، فالعاملون منذ ٢٠ عامًا أو أكثر، والذين يشكلون ١٠% من إجمالى الأطباء، هؤلاء استطاعوا تحقيق مكاسب وثروات كبيرة، أما أولئك الذين مارسوا المهنة منذ ١٠ أعوام أو ١٥ عامًا وهم الأكثرية، فهم يعانون من انخفاض كبير فى مواردهم المالية، أما من مارسوا المهنة منذ خمس سنوات فإن وضعهم يكاد يكون كارثيًا، فهم يكسبون ما يوازى تقريبًا دخل الوظيفة العامة، وهو أمر مهين بالنسبة لهؤلاء الأطباء الليبراليين، وكان من أهم الأسباب التى سيقت لتبرير هذا الوضع، وفرة الأطباء فى القاهرة وفى مصر بشكل عام، وبرغم غرابة هذا التفسير نظرًا لضعف الخدمات الطبية خلال تلك الفترة،إلا أنه ظل يشكل الخطاب المستمر للأطباء[٢٣].

زاد العدد الإجمالى للأطباء العاملين بالقطاع الخاص فى مصر من عام ١٩٠٢ إلى عام ١٩١٢ بنسبة ٣٠%، و٤٦ % فى العاصمة فقط، ويشير الأطباء

أنفسهم لانعدام الوئام فيما بينهم وافتقادهم لروح الزمالة داخل المهنة، ويرجعون هذا إلى بعض الأسباب، ومنها انتشار الخدمات الطبية المجانية والمستوصفات دون أخذ الهيكل الاجتماعى للبلاد فى الاعتبار، وتكمن المشكلة بالنسبة لهم أيضًا فى انتشار عدد الأطباء الأجانب و"الأطباء السائحين"، وهم الأطباء الغربيون واسعو الشهرة الذين يأتون لإجراء سلسلة من الفحوصات والعمليات ذات العائد المالى الكبير، بالإضافة إلى استضافة سياحية فى البلاد.

ومن أجل محاربة هذا الغزو يقرر اجتماع المهن الطبية "تعريف الأطباء الأجانب الذين يرغبون فى الإقامة بمصر – من خلال إصدار نشرة طبية – بصعوبة أوضاع الأطباء الوافدين الجدد على المستوى المالى والمعنوى، وبناء على هذا التوضيح سيتردد الأطباء الأجانب فى القدوم والإقامة فى مصر، وعليه تخف حدة الصراع"[٢٤].

إلا أنه وبالرغم من المخاوف المعلنة، يستمر مجىء الأطباء الأجانب إلى مصر، حيث يشجعهم التقنين المتساهل لسنة ١٩٢٨ فيما يتعلق بممارسة المهنة واستمرارية نظام الامتيازات فى البلاد. وهكذا فبنهاية عقد العشرينيات وبداية الثلاثينيات من القرن العشرين نجد أن عدد الخريجين فى كلية الطب بالقاهرة يبلغ حوالى من ٩٠ إلى ١٠٠ خريج سنويا، بينما تسمح إدارة الصحة العامة بممارسة المهنة لحوالى من ١٥٠ إلى ٢٠٠ طبيب، حيث يمثل هذا الفرق عدد الأطباء الأجانب فى البلاد.

ويستمر هذا الوضع على ما هو عليه لعشر سنوات بعد انعقاد مؤتمر "مونترو" وتعليق نظام الامتيازات عام ١٩٣٧[٢٥] قبل ظهور تشريع جديد ينظم ممارسة المهنة الطبية فى البلاد.

ظهر قانون ١٩٤٨ فى مرحلة كانت القومية المصرية قد تشكلت بالفعل، فقصر القانون ممارسة المهنة على المصريين، وعلى الرعايا التى تسمح بلادهم

بممارسة المصريين للمهنة فى تلك البلاد، وأكد على مبدأ اجتياز الطلاب الحاصلين على شهادة أجنبية للامتحان(٢٦).

يظل التوزيع الجغرافى للمهنة غير متكافئ خلال تلك الحقبة فى حين يبدأ السوق الطبى أو الصحى فى التوسع قليلا، ويعبر التشريع الجديد الذى استبعد الأجانب من ممارسة المهنة عن روح الاستقلال للبلاد، التى طالما خضعت للهيمنة الكولونيالية، بالإضافة إلى أنه يقلل من المنافسة التى تحد من دخول الأطباء المصريين.

ومن جديد يؤكد القانون الذى صدر عام ١٩٥٤ بعد ثورة يوليو على سيطرة المصريين على المهنة فى البلاد، فى إطارها الليبرالى وخدماتها العامة، فيؤكد هذا القانون على عدم إمكانية ممارسة المهنة لأى شخص إلا إذا استوفى ثلاثة شروط:

ـ أن يكون مصرى الجنسية، أو من إحدى الدول التى تسمح للمصريين بمزاولة المهنة فى أراضيها(٢٧).

ـ أن يكون مقيدا فى سجل الأطباء بوزارة الصحة العامة.

ـ أن يكون مقيدا فى جدول مزاولة المهنة(٢٨).

ويثبت المصريون قوميتهم عن طريق الشهادات الممنوحة الصادرة عن وزارة الداخلية، والتى تضع رعايا الإمبراطورية العثمانية السابقة، إذا أرادوا ممارسة المهنة، أمام خيار ضرورة الحصول على الجنسية المصرية بما تعنيه من تبعات.

هذه الأوضاع الجديدة، وبخاصة ضرورة الحصول على الجنسية المصرية لممارسة المهنة، تؤدى فى نهاية الأمر إلى الإقصاء التام للأطباء الأجانب.

و هكذا لا يبقى خلال عام ١٩٥٦/١٩٥٥ سوى عدد قليل جدا من الأطباء الأجانب فى المستشفيات (الفرنسية أو الإيطالية)، أو بعض كبار السن منهم فى عياداتهم الخاصة بالقاهرة والإسكندرية(٢٩)، واقتصرت الوظائف فى الأقاليم، سواء

الخاصة أو العامة منها، على المصريين الحاصلين على شهاداتهم من مصر أو الخارج باستثناء عدد قليل من كبار السن الحاصلين على شهاداتهم من بيروت، واختفى اليونانيون من الأقاليم تماما وحل محلهم المصريون.

هذا الغياب للأجانب بعد ثورة ١٩٥٢، يعنى أن مصر لم تعد جانبة كما كانت من قبل، وأن الزمن قد تغير وأصبح فى الإمكان تحقيق الأرباح من ممارسة الطب، وأصبح صفوة الأطباء المصريين يسيطرون على المهنة وعلى الزبائن الموسرين، رغم تقلص عددهم فى المجتمع، ومن جهة أخرى سيطر الأطباء المصريون دون الأجانب على الوظائف الأكاديمية.

نحو الاستقلال المهنى

من أجل الوصول بالمهنة إلى مكانة مميزة، قام أصحاب المهنة ببلورة مقاييس التأهيل المهنى، وتحديد شروط أولية للحصول على شهادة تضمن مستوى القدرات التقنية[٣٠]، ومن جهة أخرى يرجع إليهم الفضل فى الاتفاق مع الدولة على إنشاء كيان يضمن الإمساك بمقاليد المهنة، لضمان ألا يعمل بها سوى الحاصلين فقط على الشهادات الطبية اللازمة، ويحدد هذا الكيان أدبيات الجماعة الطبية ويقوم بمراقبة عملها على أن يكون الضامن لأخلاقيات المهنة. يختلف هذا الأمر من دولة إلى أخرى إذ نجد أحيانا خضوع هذه المهمة للأطر المهنية العامة أو للاتحادات الطبية، فى حين ينحصر دور النقابة فى الدفاع عن المصالح المادية لأعضائها، وتحصل هذه الجهة الرقابية على سلطة فرض العقوبات فى حالة قيام أحد أعضائها بارتكاب خطأ مهنى، مما يجعلها سلطة قضائية حقيقية، ومن جهة أخرى وبسبب رغبة الأطباء فى السيطرة على معارفهم، يعتبرون أنفسهم أكثر قدرة من القضاة على رقابة مهنتهم وتوقيع العقوبات عند الضرورة، فهم الأكثر قدرة على الحفاظ على مهنتهم وإضفاء الاحترام لها والحفاظ على هيبتها، وهى هيبة لا يجب تجريحها على الملأ.

فى الإطار المصرى الذى عرف التعددية القضائية منذ أمد بعيد، شكلت هذه المؤسسة مشكلة حقيقية، فهى وإن لم تكن تتعامل مع القانون الجنائى، إلا أنها كانت تصطدم مع تعددية الدول الممثلة داخل السلك الطبى المصرى، تلك الدول التى تمتلك كل واحدة منها أساليبها الخاصة فى المراقبة، ومن جهة أخرى فإن هذه المؤسسة مثلت تهديدا للامتيازات الأجنبية، حيث كان الرعايا الأجانب يخضعون للمحاكم المختلطة أو لقوانين قنصلياتهم، وقد دافع المحامون المصريون عن هذه الخطوة، خاصة بعد أن أصبح لهم نقابة فى ١٩١٩، مستفيدين من ندرة منافسة الأجانب لهم مهنيا.

وضعت المهنة الطبية هدفا أمامها وهو إنشاء مؤسسة مهنية، وشهدت البوادر الأولى الرغبة فى توحيد الجنسيات المختلفة داخل مؤسسة واحدة، و لكن محاولة إنشاء مؤسسة يمثل فيها الجميع فى نوفمبر ١٩١٠ باءت بالفشل بسبب تعدد الجنسيات والديانات الممثلة، غير أن المحاولة تنجح فى النهاية عندما تم إنشاء مؤسستين داخل السلك الطبى، الأولى الاتحاد الطبى الدولى الذى يجمع الأطباء الأجانب، والثانية نقابة أطباء مصر المقصورة على الممارسين المصريين[٣١]. إلا أن هاتين المؤسستين ظلتا شكليتين ولم تنتجا أية أعمال تذكر للمهنة، فيحاول "على إبراهيم" مجددًا توحيد هاتين المؤسستين أثناء الحرب، غير أنه يصطدم بالعوائق القديمة نفسها، مما يدفعه للتخلى عن المحاولة، ومن ثم يلقى هذا الفشل الضوء على تعدد الجذور والتشكيلات وأساليب ممارسة المهنة، إلا أنه ينبه بشكل خاص إلى استحالة الاتفاق على أساليب الرقابة المهنية، وفى المقابل يؤدى الالتفاف حول هذا المشروع إلى إنشاء "المجلة الطبية المصرية"، التى تكون بمثابة النافذة التى يطل من خلالها أصحاب التيار الراغب فى بلورة التمثيل المصرى داخل السلك الطبى.

إن الصعوبات التى واجهت تطبيق نظام العمل للصيدليات الصادر عام ١٨٩١، توضح تمامًا المتناقضات الناتجة عن نظام الامتيازات الأجنبية، الذى يمنع الحكومة المصرية من الرقابة القضائية على المهن الحرة رغم أهميتها.

كانت الفقرة السابعة من هذا القانون تشير إلى ضرورة إجراء تفتيش دورى على "الصيدليات الأهلية فى مصر من قبل الإدارة العامة للصحة، بغرض التأكد من جودة وصلاحية العقاقير التى تصرف للجمهور أوالمخزونة منها(٣٢)، وفى حالة التفتيش على إحدى الصيدليات الأجنبية، كان لزامًا على الإدارة العامة للصحة إخطار القنصلية المعنية بتاريخ وموعد الزيارة، فإذا لم يحضر ممثل القنصلية تحتفظ الإدارة بحق إجراء التفتيش، ولذا فقد شكل هذا الأمر عبئًا على الحكومة المصرية خاصة مع سيطرة الأجانب على المهنة، بالإضافة إلى أساليب الضغط الممارسة من قبل القوى الأجنبية والتى أسفرت فى ١٩٠٤ إلى إلغاء البنود الخاصة بالتفتيش، وهكذا نجد فى هذه المرحلة أنه مهما تدنى مستوى الأجنبى الممارس فى مصر، سواء كان طبيبًا أو طبيب أسنان أو صيدلانيًا، فلا يمكن وقفه عن العمل إلا فى حالة سحب شهادته من الجهة التى منحتها له.

يظهر بصيص من الأمل عندما تطرح لأول مرة مسألة إلغاء الامتيازات فى عام ١٩١٨، وبهذه المناسبة تقوم الإدارة العامة للصحة بتقديم اقتراح إلى رئيس "لجنة دراسة الإصلاحات التى شكلت بعد إلغاء الامتيازات"، يتضمن هذا الاقتراح إنشاء نظام للأطباء(٣٣)، يخضع بموجبه جميع الأطباء المؤهلين لممارسة المهنة فى مصر لهذا النظام، طالما كانت أسماؤهم مقيدة فى سجل الإدارة العامة للصحة، على أن يقسموا وفق جنسياتهم، فكل جنسية تمثل بحوالى ١٥ ممثلا فى السلك الطبى، يمكنها تكوين قسم داخل النظام الطبى، وكل جنسية يقل تمثيلها عن ١٥، عليها أن تتحد مع جنسية أخرى لتكون قسمًا، ويتكون مجلس هذا النظام من مندوبين منتخبين من قبل كل قسم.

لم يكن لهذا الاقتراح أثر على المدى القصير، ووجب الانتظار حتى عام ١٩٣٧ لنشاهد البداية الفعلية لإلغاء الامتيازات الأجنبية، حيث لم يعد التمثيل داخل السلك الطبى بحسب الجنسية مقبولا بالنسبة لغالبية المصريين الذين باتوا يشكلون أغلبية، ومن جهة أخرى استهدف هذا النظام الجديد بلورة نظام إجرائى جديد

لشروط الممارسة الطبية، وخاصة من حيث إضفاء الحماية على المجلس الرقابى، الذى سيعنى برقابة وتوقيع الجزاءات على مجمل أعضاء السلك الطبى بصرف النظر عن جنسياتهم. هذه المرة اصطدم هذا الإجراء بالرعايا الأجانب الذين لا يطيقون فكرة وجود مؤسسة تنافس هيئاتهم القضائية، التى يستطيعون من خلالها الحصول على معاملة خاصة فى حالة ارتكاب خطأ معين.

فى أعقاب هذا الفشل ينجح "على إبراهيم" أخيرا فى تأسيس الجمعية الطبية المصرية التى لا تزال موجودة حتى الآن. عقدت أولى جلسات هذه الجمعية فى ١٥ يناير ١٩٢٠ بحضور ٤٢ طبيبا مصريا، وأخيرا استبعدت هذه النواة الصغيرة، المكونة من وطنيين متحمسين، كل الممثلين الأجانب من المهنة، وينجح المشروع بفضل الابتعاد عن مفهوم المخالطة.

وكان أحد الأهداف الثلاثة الأولى التى تتطلع إليها الجمعية(٣٤)، يتمثل فى الاضطلاع بتطوير نظام عمل الطبيب بما يتيح لها أن تلعب دورًا مهما، حتى يحين الحين وتتغير الظروف للأفضل، بحيث يمكن وضع نظام عام للطب.

كان يجب الانتظار حتى عام ١٩٤٠ كى تتوفر الظروف الملائمة لتأسيس نقابة الأطباء المصريين، ويعتبر هذا الإنجاز بمثابة تتويج لعملية تحررية طويلة، مع إضفاء أسلوب المؤسسات على مهنة الطب التى أرادت أن تكون مصرية أكثر فأكثر.

أصبح المصريون يمتلكون كلية طب وطنية على درجة عالية من الكفاءة، تدار بواسطة صفوة من المصريين يمتلكون سلطة اختيار المرشحين الجدد للكلية، كما أنهم أنشأوا جمعيات علمية ودوريات مهنية وعلمية من أجل تطوير المجال البحثى ونشر القيم المهنية.

يلعب "على إبراهيم" مرة أخرى دورًا فى تأسيس هذه المؤسسة، فقد انتهز فرصة مكوثه لفترة قصيرة فى منصب وزير الصحة منذ يونيو ١٩٤٠، لتبنى

قانون إنشاء نقابة تهدف إلى تلبية كافة المطالب الخاصة بالمهنة لما يجاوز نصف القرن.

وهنا يحمل مصطلح النقابة مفهومين، المفهوم الأول أنها نقابة تهدف إلى الدفاع عن المصالح المادية للمهنة وأعضائها، والمفهوم الآخر وجود نظام يراقب اخلاقيات المهنة.

بعد إنشاء النقابة أصبح الحصول على حق ممارسة المهنة يخضع إلى جهتين، الأولى وزارة الصحة العامة الملزمة منذ عام ١٩٢٨، والجهة الأخرى هى النقابة. والجديد هنا أن النقابة بصفتها الجهة المانحة لترخيص ممارسة المهنة، أصبحت هى نفسها القادرة على سحب هذا الترخيص. وتضم النقابة مجلسًا متخصصا له صلاحية إصدار القرارات والأحكام فيما يتعلق بالمخالفات والأخطاء الصادرة من الأطباء، وتتراوح هذه الجزاءات من الإنذار، إلى الشطب من سجل وزارة الصحة العامة وجدول العمل.

تكرس هذه الجهة القضائية مبدأ الرقابة على المهنة وأعضائها، وتضمن أيضا استقلال الجماعة الطبية، ولم يكن ممكنا الوصول إلى هذا الوضع إلا بعد انحسار الأوضاع المتميزة التى كان يحصل عليها الأجانب، ويكتمل ميلاد النقابة بعد التوقيع على اتفاقيات "مونترو"، والانتهاء من صياغة قانون العمل الذى أقر عام ١٩٤٩، وهو التاريخ ذاته الذى شهد الإلغاء النهائى للامتيازات الأجنبية.

كانت الحكومة المصرية قد منحت الجمعية الطبية المصرية فى ١٩٣٢ قطعة أرض فى شارع القصر العينى، تبعد مسافة قصيرة من كلية الطب والمستشفى الملحقة بها، وسط منطقة طبية تشمل معهد الكلب ومعهد أبحاث البلهارسيا والإنكلستوما ومستشفى الأطفال وإدارة الصحة العامة، وقد سر اختيار هذا الموقع المجموعة الطبية التى باتت تتمسك بصورتها الاجتماعية، حيث كانت هذه الأرض تقع فى أكثر المناطق الجغرافية حداثة، وهى منطقة جاردن سيتى[٣٥]، ثم يشهد هذا المكان افتتاح مبنى دار الحكمة بطرازه الفرعونى بعد مرور عشر

سنوات أخرى أى فى عام ١٩٤٢، ذلك المبنى الذى أصبح يجمع كل المؤسسات الطبية الموجودة فى تلك المرحلة.

ميلاد البحث الطبى المصرى

الاهتمام بالطفيليات

عشية الحرب العالمية الأولى قام الأطباء المصريون بتكثيف إقامة المؤسسات الطبية، من أجل تأكيد تواجدهم فى مناخ يسيطر عليه الأطباء الأجانب، وصاحب هذا الاتجاه من قبلهم إرادة قوية لتطوير الأبحاث الطبية المحلية، بغرض التأكيد على رفعة مكانتهم الفكرية، وكان عليهم بالإضافة إلى إقامة المؤسسات، الوصول إلى بلورة مفاهيم تحدد ماهية الصحة والمرض داخل مجتمع له خصوصيات متنوعة.

فالمرض والصحة لا يتواجدان فى حد ذاتهما، بل هما أيضًا تقسيمات اجتماعية شكلتها المعارف والممارسات الطبية، وبالتالى فهما يرتبطان بأنماط الهيمنة الاجتماعية والتنظيمية. فى كل المجتمعات نجد ارتباطًا بين التنظيم البيولوجى والتنظيم الاجتماعى[٣٦]، فكل مجتمع يقوم بصياغة مفاهيمه الخاصة بالشقاء على طريقته، بل الأكثر من ذلك نجد أن كل حقبة زمنية داخل المجتمع الواحد تحدد مفهومها عن الألم حين يهيمن مرض من الأمراض على الواقع العملى وعلى الهياكل التمثيلية، وفى المقابل يعكس هذا المرض إجمالى شروط الحياة والقيم ومفاهيم الوجود فى تلك الفترة[٣٧]. وعلى ذلك فالصحة والمرض يرتبطان ارتباطًا وثيقًا بصياغة المستقل وتطور المجتمعات، ويلعب الأطباء دورًا مهما فى هذه التحديدات، على الأقل منذ القرن الماضى.

وفى حالة مصر يرتبط مصير الأمراض بالحركة السياسية للبلاد عامة.

إن انتقال دولة من الدول من وضعية الاحتلال إلى الاستقلال إنما يؤدى إلى ظهور نظرة طبية مختلفة عن حال البلاد، فبالرغم من انتشار الأوبئة خلال القرن التاسع عشر إلا أن الأطباء المصريين كشفوا عن أهمية الأمراض المتوطنة التي وان كانت تتسبب في معدلات أقل من الوفيات إلا أنها تؤدى إلى حالات إعاقة كبيرة.

تشهد نقابة الأطباء المصريين حركة بحثية كبيرة في اتجاه الأمراض الطفيلية، وتصبح المجلة الصادرة عنها لسان حالها. كانت المجلة الطبية المصرية قد أنشئت عام ١٩١٧، ثم أصبحت في عام ١٩٢٠ مجلة الجمعية الطبية المصرية[٣٨]، وكان الغرض من إنشائها تلبية حاجة ملحة وإرادة ثلاثية الأبعاد يمثلها "على إبراهيم" رئيس النقابة منذ ١٩٢٦ حتى وفاته في ١٩٤٧. كان الهدف من المجلة أن تكون مشروعًا لمجلة علمية على نفس مستوى المجلات الأجنبية[٣٩]، وحين أنشئت النقابة بعد ذلك بثلاث سنوات، ارتبط طموحها أيضًا بضرورة تطوير قانون للعمل الطبى المهنى، ونشر اللغة العربية باعتبارها لغة علمية من خلال العمل على وضع مرجعية طبية عربية، علاوة على تطوير البحث الطبى من خلال الاهتمام بالأمراض التى يعانى منها غالبية الشعب المصرى. وقد صدرت المجلة الطبية باللغة العربية، باعتبارها قبل كل شيء أداة لنشر وتوصيل المعلومات الطبية وقناة لنشر الأبحاث الخاصة بالأمراض الباطنية، والتى كانت حتى ذلك الوقت تدار بأسلوب عشوائى وغير منظم.

قام على إبراهيم منذ صدور العدد الأول من المجلة، بتحديد مفهوم "الأمراض الخاصة بمصر"، فمن ناحية عندما يتعلق الأمر بالأمراض المنتشرة فى الغرب مثل الحميات، فإنها تتخذ في مصر أشكالا خاصة بها، إما بسبب ارتفاع درجة الحرارة فيها وإما بسبب العادات الغذائية المتبعة. ولهذا لم يعد الطب التقليدى في إطار المناخ المصرى كافيا (الطب التقليدى هنا بمعنى الطب الحديث الذى بلوره الغرب)[٤٠]، بل يجب التعامل مع هذه الأمراض ودراستها ومعالجتها بطريقة

خاصة آخذين فى الاعتبار خصائص الدولة، وفى هذه الظـروف يكـون الأطبـاء المصريون أكثر إلماما بظروف بلادهم، وهم الأقدر على وضـع برنـامج ملائـم لعلاج هذه الأمراض. ومن ناحية أخرى فإن الأمـراض التـى يـتم تشخيـصها باعتبارها أمراضا ذات طبيعة مصرية هى الأمراض الطفيليـة الباطنيـة، وعلـى رأسها البلهارسيا والإنكلستوما.

مرض البلهارسيا يتعلق بطفيل يدخل إلى الجسد عن طريق التعامل المباشر مع المياه، ويأخذ شكل النزيف البولى الدموى، وبالرغم من كونها لا تسبب الوفـاة مباشرة إلا أنها تؤدى إلى إضعاف الجسد تماما، وفى حالة عدم العـلاج يمكـن أن تؤدى إلى آثار جانبية غاية فى الخطورة قد تصل إلى الوفاة، مثـل تليـف الكبـد والفشل الكلوى. أما الإنكلستوما وهى أيضا من أصل طفيلى، فإنها تـسبب أشـكالا من الأنيميا الحادة.

ينتشر هذان المرضان انتشارا كبيرا فى مصر منذ أمد طويل، ويظهر ذلـك فى تشريح المومياوات التى يرجع تاريخها إلى القرن الثالث عشر قبل الميلاد، ذلك التشريح الذى قام به الدكتور أرمان روفير عام ١٩١٠، وكشف فيه عـن وجـود البلهارسيا فى الإنسان القديم. ورغم انه لم يكن هناك بعد اهتمام بهذه الأمراض، إلا أن بوادر الاهتمام بهذه الأمراض الطفيلية المنتشرة فى مصر كانت قد بـدأت فـى الظهور، فالأستاذ الألمانى الأصل دكتور/ ثيودور بلهارز هو أول من عزل الطفيل عام ١٨٥١ بمدرسة الطب بالقاهرة، ولا يزال الطفيل يحمل اسم مكتشفه، كما قـام الدكتور الألمانى الجنسية أيضا د. جريسنجر ــ مدير مستشفى قصر العينـى مـن ١٨٥٠ إلى ١٨٥٢ ــ بالربط بين الطفيل المـسبب للإنكلـستوما وبـين "الأنيميـا المنتشرة فى مصر"، ولهذا السبب قرر "على إبراهيم" النضال من أجل دراسة هـذه الأمراض وعدم تركها فى أيدى الأجانب.

اعتبر "على إبراهيم" أن الانكفاء على الأمراض الموجودة فى مصر يعطـى فرصة كبيرة للأطباء المصريين لإثبات وجودهم فى الساحة العلمية، وذلـك مـن

خلال وضع الأمراض الباطنية فى قلب اهتمام الأطباء المصريين، مما يتيح أيضا فرصة للتنافس العلمى مع نظرائهم الأجانب، ويشير "على إبراهيم" إلى أن حالة البلهارسيا البولية المنتشرة فى مصر لم توجد فى الأعمال الطبية الغربية، وهنا يقع على عاتق الأطباء المصريين مسئولية الكتابة عنها، وتحليلها، وتحديد طرق العلاج المناسبة لها.

فمصر محظوظة بالفعل لامتلاكها مهنة طبية قديمة، تشكلت فى ظروف جيدة وتمتعت بأداء عالى الجودة، ومن خلال الربط بين أسباب المشكلة (الأمراض) وبين طرق علاجها (الأطباء)، تستطيع مصر تأكيد ذاتها باعتبارها معملا متميزا فى مجال الأمراض الباطنية الطفيلية. ولا يسع "على إبراهيم" إلا أن يشعر بالأسى عندما ينجح الدكتور/ كريستوفرسن من خارج مصر ــ وأول طبيب من المستشفيات الملكية بالخرطوم ــ فى إيجاد علاج صالح ضد البلهارسيا عام ١٩١٨.

يحاول "على إبراهيم" من اجل نجاح مصر فى هذا المجال أن يحرك كل الإرادات الطبية فى البلاد، لممارسة "طب مصرى لا يستطيع الأجانب ممارسته نظرا لانعدام الوسائل المتاحة أمامهم"[٤١]، فيدعو كل طبيب مصرى على كل المستويات، لدراسة هذه الأمراض المتميزة وتشخيصها بناء على أساليب ملاحظاته الخاصة وليس بناء على ما هو مكتوب من قبل الأجانب[٤٢]، فالأطباء المتعاملون مباشرة مع هذه الأمراض لديهم الكثير لإضافته فى هذا المجال، ففى مصر تتركز هذه الأمراض الباطنية الطفيلية فى المناطق الريفية، حيث انعدام وسائل النظافة العامة، وتعدد قنوات الرى التى تساهم بشكل كبير فى انتقال المرض. ولأول مرة يتم استنهاض الأطباء المنسيين فى الريف من أجل المساهمة فى العملية العلمية، وإضافة المعلومات الخاصة بهذه الأمراض، حتى إننا نجد رئيس إدارة الصحة العامة فى عام ١٩١٧ يقوم بتشجيع الأطباء للمشاركة عن طرق حث مدراء المستشفيات فى الأقاليم ــ الذين لا يزال يطلق عليهم "حكيم باشى" ــ على التفاعل مع هذه الحركة، وبالرغم من قيام صفوة أطباء قصر العينى بإدارة المجلة، إلا أن

دورها يتجاوزهم فتصبح وسيلة لتبادل الأفكار بين رجالات الطب، حيث لا يمكن العمل على إنجاحها إلا من خلال مشاركة الجميع، وهكذا يتم نشر الحالات المرضية الخاصة أو الغريبة التى تستدعى انتباهًا خاصًا، فلا عجب أن نجد أحد الأطباء العاملين فى المستشفى الحكومى وقد ساهم بآرائه وملاحظاته فى إحدى الحالات الخاصة المنشورة بالمجلة(٤٣).

وهكذا ومن خلال الملحوظات التى يرسلها أطباء الأقاليم، يتم رويدًا رويدًا رسم صورة أكثر دقة للأمراض الطفيلية، وتأثيرها على الشعب . يسجل "الحكيم باشى" مدير مستشفى الفيوم، وهى منطقة مليئة بالمستنقعات، أن حوالى ٧٠% من الأفراد الذين يترددون على العيادات الخارجية بالمستشفى مصابون بالبلهارسيا(٤٤)، ويصف أشكال الإصابة المستمرة بالحمى بين الجمهور الذى يعالجه(٤٥). لقد كانت الكتابة بالمجلة بالنسبة للكثير من الأطباء وسيلة للهروب من الواقع البائس الذى يعيشون فيه، وشكلا من أشكال الترقى الاجتماعى، فنجد فى السنوات الأولى لصدور المجلة أقلامًا عديدة لأطباء الأقاليم، والجميع يلتزمون بالنموذج الذى وضعه "على إبراهيم" منذ العدد الأول (الوصف الإكلينيكى، التشخيص، العلاج، والنتائج)، وبذلك يكشفون لنا عن المفاهيم السائدة فى الوسط الطبى المصرى فى العشرينيات من القرن العشرين.

ترتكز الخاصية الأولى لهذه المقالات على المشاهدة الدقيقة للممارسة والتى يفهم منها وجود علاقة وثيقة مع المريض، حيث تعطى أهمية للأمراض النادرة والغريبة إذ إن هناك محاولة لفهم كل ما هو غير مألوف فى الجسد البشرى، ضحية المرض.

يحاول هؤلاء الأطباء كسر المفاهيم الطبية التى هيمنت فى القرن التاسع عشر، والتى كانت تتسم بالسلبية أو الجمود أمام العجز الذى كان سائدًا آنذاك فى مواجهة الأوبئة التى كانت تتطلب نظاما للمراقبة والسيطرة أكثر من العمل الطبى بمعناه الفعلى.

فى نشوة السعادة بالانتصارات المتتالية لطب ما بعد المرحلة الاستعمارية، لم تعد هناك حدود لهذه التخصصات، فبالنسبة للأطباء الممارسين، حتى وإن كان هذا الطب لا يزال طبا فى مراحله الأولى، كانوا يعتقدون بضرورة نجاحه وبقدرته على المنافسة فى الساحة الدولية. التجريب هو نقطة ارتكاز هذا الطب، مطلوب إعادة وتجديد كل شىء. يعلق الأطباء المصريون آمالهم على العقاقير الجديدة وأساليب العلاج الحديثة التى بدأت فى الازدهار، فيحتل كل من عقار الأنسولين حديث الاكتشاف وعقار (٦٠٦) الذى يعالج مرض الزهرى المنتشر فى مصر صفحات المجلة، كما أن هذين العقارين يتيحان إجراء الكثير من التجارب فى المستشفيات الإقليمية. تشير التقارير الشهرية إلى أنه بالرغم من أن تلك المستشفيات كانت لا تزال تجرى العديد من التجارب التى تعتبر تجارب بسيطة وتجريبية جدا، إلا أن مستشفى سوهاج فى ١٩٢٧ يقوم بإجراء تجربة فريدة، من خلال إحلال كمادات الخميرة على مناطق الحروق بدلا من المراهم[٤٦]، كما أنها تشير أيضًا إلى الشعور المتزايد بالقوة والقدرة على قهر كل الأمراض من خلال تعاون الأطباء من تخصصات مختلفة فى علم الجراثيم والكيمياء.

يهتم الطب المشار إليه هنا بالمرض فقط، بمعزل عن الظروف الاجتماعية الخاصة، حيث المرضى ليسوا سوى أفراد (حالات)، ولم يتم الحديث بعد عن مجموعات محددة مصابة بهذا المرض أو ذاك. بعكس أطباء القرن السابق الذين كانوا يواجهون الموت الجماعى الحاضر، فإن الأجيال الجديدة من الأطباء يمكن أن يتعاملوا مباشرة مع المرض الذى أمكن عزله والتعامل معه، فنشهد تبدلا فى المواقف من الشعور بالعجز والقدرية، إلى الشعور بامتلاك الإرادة والقدرة على العلاج، وذلك ما دأب الأطباء المصريون على تطويره لمواجهة القدر.

سرعان ما تفسح الأبحاث الميدانية ــ التى تتم من على فراش المريض ــ المجال إلى تجارب كبيرة وأبحاث متطورة ومتخصصة، يجريها أساتذة مدرسة الطب الذين يشكلون صفوة المهنة، فمنذ ١٩٢٢ ــ أى بعد خمس سنوات من

إصدار المجلة الطبية وخاصة منذ ١٩٢٥ تاريخ إنشاء كلية الطب ـ تختفي المقالات التي يكتبها أطباء الأقاليم، لتحل محلها الأسماء الطبية الكبرى.

أدت التعبئة التي تمت حول أمراض البلهارسيا والإنكلستوما إلى توفر معلومات كافية لإجراء المزيد من الأبحاث العلمية، وعلى سبيل المثال ساهم "علي ابراهيم" في مجال الجراحة المرتبطة بالأمراض الباطنية المصرية، وخاصة خراج الكبد الأميبي، والبلهارسيا، واستئصال الطحال، وشرفت بعض من هذه الأبحاث الجديدة بنشرها في المجلة البريطانية "لانسيت" ذات السمعة العلمية الرفيعة.

تستفيد المجلة الطبية بدورها من هذه المكتسبات الجديدة لبعض كتابها، فمنذ عام ١٩٢٣ شهدت المجلة الطبية تحسنا كبيرا في شكل إخراجها وتحريرها ونوعية الورق المستخدم، كما أنها تفقد طابعها الحرفي لتصبح مجلة علمية حقيقية، كما تشهد تطورًا كبيرًا في اللغة المستخدمة لتحريرها، ففي حين كان القرار الأصلي عند صدورها هو استخدام اللغة العربية، إلا أن القائمين عليها قرروا العودة الجزئية إلى اللغة الإنجليزية عام ١٩٢٨، وذلك نظرًا لصعوبة قراءة اللغة العربية في بقية الدول، فالمجلة كانت مقروءة في مصر والسودان وشمال إفريقيا والشرق الأوسط، ولكنها ليست منتشرة خارج هذه الدول الناطقة باللغة العربية[٤٧]. ومن أجل ضمان الاعتراف الدولي بأبحاثهم، وخوفا من التهميش، كان على الأطباء المصريين نشر أعمالهم بلغة أجنبية، وشيئًا فشيئًا جذبت الطموحات والآمال المهنية والاجتماعية بعضًا من هؤلاء الأطباء إلى المقاييس الأجنبية، إذ لم يعودوا قانعين بالإطار المحلي، فعملوا جاهدين على تطوير أدوات شديدة العملية، لضمان استمرار البحث المصري، وانخراطه في إطار الجماعة العلمية الدولية.

إنشاء أساليب البحث العلمى
على أرض الواقع

تسجل مصر تأخرا كبيرًا فى مجال البحث الأساسى، إذ مثل أحد أهم الثغرات فى محاولة اللحاق بالعلم الحديث فى القرن التاسع عشر، فقد دخلت هذا القرن دون التحصن بالبحث العلمى، بمعنى أنها كانت تستهلك نتائج هذا العلم دون انتاجه[٤٠].

تم التعامل مع الطب من جانب الذين أدخلوه إلى مصر باعتباره وسيلة، ويجب التعامل معه على أساس أنه علم تطبيقى.

أرادت الصفوة الطبية المصرية خلال الفترة (١٩٢٠-١٩٣٠) أن تكسر هذا الاختيار البراجماتي، الذى كان يقود العملية العلمية، ومن جهة أخرى أرادت الصفوة أن تدافع عن اختيار مصرى أصيل يسعى إلى الفكاك من مرحلة انتقال التخصصات الغربية إلى مصر. فالطب التطبيقى كان وسيلة للمرور إلى التحرك فى اتجاه البحث النظرى الذى يلتقى مع الهدف الرئيسى، ألا وهو تقدم المعرفة فى الاتجاه الذى تفرضه خصائص الأمراض الباطنية المهيمنة، أى الأمراض الطفيلية المتوطنة. وكما شهدت مرحلة الانتقال الأولى بداية تكوين الدولة القومية على يد "محمد على"، فإن المرحلة الثانية كانت تشهد تأسيس جهاز بحثي وطني يرتبط ارتباطًا وثيقا باستقلال مصر، حتى وإن كان استقلالا محدودًا.

طرحت إذا قضية كيفية إنشاء المؤسسات الجديدة التى ستدير العملية البحثية، فتجد الجمعية الطبية المصرية نفسها فى مفترق طرق أمام التقاليد الفرنسية من جهة، والإنجليزية من جهة أخرى، فالتقاليد الفرنسية تفضل التعامل مع كلية الطب كمحراب للبحث العلمى، أما التقاليد الإنجليزية فلا تحبذ الربط بين البحث والتعليم، وهنا تجد الصفوة المصرية حلا وسطا بين هذين المفهومين.

تبدو كلية الطب المكان المناسب، من حيث القدم والمكانة الرفيعة، لتلعب

دور المؤسسة البحثية الجديدة، ولكن في المقابل كانت المتطلبات المتزايدة للتخصصات العلمية المتكاثرة، وتعدد المعارف العلمية، تتطلب توافر أقسام جديدة لم تكن موجودة في النظام التعليمي الطبي بمصر.

يرفض الإنجليز بشدة إنشاء التخصصات المختلفة في كلية الطب، إذ اعتبروا أن مهمة الكلية هي تفريخ موظفين حكوميين، يمارسون الطب بمفهومه البدائي دون الاحتياج لمهارات خاصة، أي حصر الأطباء في إطار ممارسة الطب التطبيقي.

كان هناك أيضًا جانب من الأطباء المصريين الذين يتشككون في قضية إضافة التخصصات تلك في دولة لا تزال تحبو في مجال الطب، وبالتالي اعتبروا ذلك رفاهية غير مطلوبة، فنظام التخصص سيزيد من صعوبة العملية خاصة في الأقاليم والأرياف، إذ كيف يمكن إقناع الفلاح بأنه يحتاج لأكثر من طبيب لفحص حالته؟، بينما هو يجد بالفعل صعوبة في التوجه إلى طبيب واحد.

بالرغم من هذه المخاوف، إلا أن الاختلاط الذي شهدته الثورة المؤسسية لكلية الطب، والاهتمامات الوليدة بالأمراض الطفيلية، كل هذا أدى إلى التزاوج الجزئي بين التخصصات وبين المهمة الاجتماعية الموجهة إلى شعب ينتمي في معظمه إلى الريف، مما خلق ميلا نحو التخصص داخل كلية الطب المصرية.

بعد مرورها بمرحلة المخاض منذ إنشاء الجامعة الخاصة في ١٩٠٨، أنشئت الجامعة الوطنية للدولة في مارس ١٩٢٥[٤٩]، وتم إلحاق مدرسة الطب القديمة بها، لتشكل أولى كليات الطب الأربع التي أنشئت فيما بعد. أدى هذا التغيير في الهيكل، من ناحية إلى تحسين ملحوظ في الموارد المالية الممنوحة للمؤسسة، فسمح ذلك لها بتوسيع سعتها الاستيعابية، وتطوير معاملها مع زيادة واضحة في عدد الأساتذة والطلاب، ومن ناحية أخرى تحولت الشهادة العامة السابقة في الطب والجراحة والتوليد الممنوحة حتى الآن من قبل المدرسة، إلى شهادة (بكالوريوس طب وبكالوريوس جراحة) لتعادل نظيرتها البريطانية، وتجيز لحاملها استكمال

دراسته العليا، وذلك بخلاف ما كان متبعًا فى السابق، من ضرورة السفر إلى الخارج سواء بصفة شخصية أو من خلال منحة، لاستكمال الدراسات العليا. وهنا يشير رئيس تحرير المجلة الطبية إلى التناقض الواضح فى إرسال طلاب مناطقنا إلى البلاد الباردة لاستكمال دراستهم فى الطب الاستوائى والصحة(٥٠).

وعلى أثر تغيير طبيعة الشهادة أصبح ممكنا إنشاء تخصصات تلائم الواقع، وفى مقدمة هذه التخصصات بالقطع، الأمراض الباطنية المصرية.

ففى أكتوبر ١٩٣٠ افتتح فى كلية الطب قسم للدراسات الطبية الاستوائية والصحة، استقبل عددًا من حاملى الشهادات الجديدة (ستة طلاب فى العام الأول)، كانت الدراسة فيه لمدة عام، ويتخصص الدارس خلاله فى أحد هذين التخصصين. استهدف برنامج الدراسات العليا تخريج أطباء على درجة عالية من الكفاءة فى علم الأمراض الباطنية، ليصبحوا أصحاب رؤية سياسية فى مجال الصحة العامة المستقبلية، ومن أجل ذلك يدرسون علم الطفيليات الإنسانية، وعلم الجراثيم، والأمراض الباطنية، والأمراض الاستوائية، والفيزياء والكيمياء وعلم الأرصاد وعلم المناخ والصحة.

لم يتوقف طموح القسم الجديد عند هذا الحد، بل نطالع فى إحدى المقالات المنشورة بالمجلة عام ١٩٣٢ بقلم "عبد الواحد الوكيل" ــ وهو من أوائل الأساتذة الذين درسوا فى القسم ــ "يجب النظر إلى هذه المناهج الموضوعة باعتبارها حدثا جللا يخدم قضية الطب الاستوائى والصحة، إذ إنها تفتح المجال أمام المصريين وأمام رجالات الطب من الدول الأخرى كى يستخدموا إمكانيات مستشفى قصر العينى الثرية من معامل وأدوات من أجل استكمال تعليمهم ودراسة هذه القضايا على الطبيعة وفى محيطها المناخى الاستوائى"(٥١).

يثبت هذا التخصص الجديد أقدامه تمامًا فى عام ١٩٣٥ مع إنشاء الجمعية المصرية للأمراض المتوطنة والطب الاستوائى، والتى فتحت أبوابها للحاصلين

على الشهادة من القسم الذى أنشيء فى ١٩٣٠، إلا أن نواتها الأساسية تشكلت من الأعضاء البارزين لمعهد دراسات الأمراض المتوطنة.

يعتبر إنشاء هذا المعهد فى إطار الاهتمامات الطبية آنذاك بمثابة تتويج للأعمال السابقة عليه، فقد كان الأطباء الأجانب غير مبالين بالأمراض الطفيلية خلال القرن التاسع عشر، إلا أن الكثير من الاكتشافات المهمة فى هذا المضمار حققت في مصر، فالدكتور "لوس" – أول رئيس كرسي في دراسات الدودة المعوية[٥٢] والذى أنشيء خصيصًا له فى مدرسة الطب بالقاهرة عام ١٨٩٦ – يقوم باكتشاف طريقة انتقال المرض عن طريق اختراق اليرقانة المسئولة عن الإنكلستوما للجلد، وذلك عن طريق الصدفة عند حدوث حادثة فى معمله. وبمبادرة من الدكتور "لوس" تم تشكيل لجنة استشارية عن الإنكلستوما والبلهارسيا داخل إدارة الصحة العامة فى ١٩١٣. وفى العام نفسه تقوم مؤسسة روتشيلد[٥٣]، بناء على طلب من اللجنة، بحملة ضد هذه الأمراض الطفيلية في المناطق الريفية بمصر، تستمر الحملة حتى ١٩١٥ عندما تتوقف أعمال اللجنة بسبب الحرب، إلا أنها تستأنف عملها من جديد في يناير ١٩٢١، وتعمل على تكثيف الأبحاث فى هذا المجال، وعليه يتم إنشاء قسم متواضع للأبحاث في مجال الأمراض الطفيلية المتوطنة، بالاستعانة بموظف واحد داخل معامل إدارة الصحة العامة في نهاية ١٩٢٢.

بعد مرور أربع سنوات تحصل مصر على الاعتراف باستقلالها، وينجح السلك الطبى فى التحرك بحرية إزاء تصريف شئونه وخدماته، فيتم اتخاذ قرار بتوسيع نطاق النواة الأولى الخاصة بالأبحاث لتمتد إلى أمراض أخرى، وينشأ معهد حقيقي للأبحاث على الأمراض المتوطنة. يغطى هذا المعهد الذى أنشيء فى نهاية عام ١٩٣١ كافة الجوانب المتعلقة بالأمراض الطفيلية، وكل الأمراض المتوطنة التى يحتمل وجودها فى مصر بشكل عام. تمتد هذه الاهتمامات لتشمل دراسة طرق العلاج بعد أن كانت محصورة فقط فى دراسة العلوم الباطنية، مرورا

بدراسة علم الحشرات، ويتم إلحاق مستشفى للأمراض المتوطنة بالمعهد من أجل إتاحة الفرصة للملاحظة والأبحاث الإكلينيكية المطولة.

فى خلال مرحلة سابقة وحتى السنوات التى تهمنا فى مصر، شهدت مناطق أخرى فى محيط البحر المتوسط إنشاء معاهد مماثلة، وكان لتأسيس معهد باستير رفيع المستوى فى باريس عام ١٨٨٨ صدى فى الدول التى تقع على الجانب الآخر من المتوسط[٥٤]، فحذت هذه الدول حذو هذا النموذج لدراسة علم الأوبئة المحلية، وحثها على العمل لمواجهة الأوبئة الكبرى. تعتبر هذه المعاهد أدوات مباشرة فى أيدى الإمبريالية الفرنسية، فنجدها فى دول المغرب، ولكننا نجدها أيضًا فى القسطنطينية عام ١٨٩٣، ونجد معهدًا آخر فى فلسطين عام ١٩١٣. ويبدو أنه كانت هناك نية لإنشاء مثل هذا المعهد فى الإسكندرية عام ١٩٢٧ ــ بالرغم من تفوق تأثير الإنجليز فى المجال الطبى ــ ولم يشهد هذا المعهد النور لأن الحركة الطبية المصرية التى كانت فى أوج صعودها، لم تكن لتسمح به، فإنشاء معهد أبحاث الأمراض المتوطنة لا يجعله مميزًا، حيث إنه يشارك فى نفس أهداف المعاهد الأخرى.

تم التعامل المباشر مع العلم الحديث بالنسبة للكثير من الدول العربية من خلال معهد باستير، الذى ساهم فى كثير من الأحيان فى ازدهار الجماعات العلمية المحلية. أما فى مصر حيث تعتبر مهنة الطب بها مهنة قديمة، فإن مثل تلك المعاهد وصلت فى فترة متأخرة بحيث لم تلعب دور الوسيط الفعلى فى نقل العلوم الحديثة، (إما فى المغرب فلم يكن مسموحًا بتدريس الطب للمواطنين الأصليين لفترة طويلة من الزمن)، فمصر فضلت التجاوز عن أحد أهم المعاهد لصالح إنشاء معهدها الخاص الذى ترغب من خلاله فى تطوير أبحاث علمية مناسبة لاحتياجات البلاد، وفى المقابل لم تتجاهل الأبحاث المصرية العلاقات مع معهد باستير فى باريس، حيث نجد بعض الإشارات فى مقالات المجلة، إلا أن الأولوية ظلت لصالح بلورة أسلوب محلى.

يرجع الفضل الأساسى فى ديناميكية معهد الأبحاث إلى أول مدير له "محمد خليل عبد الخالق" الذى يعتبر بلا جدال من أهم الباحثين المصريين البارزين فى النصف الأول من القرن العشرين.

نال "محمد خليل عبد الخالق" شهادته من مدرسة الطب بالقاهرة عام ١٩١٧، ثم حصل فى السنة التالية على منحة لدراسة علم الطفيليات والطب الاستوائى فى لندن، وساهم خلال إقامته ببريطانيا العظمى فى لجنة بحثية عن الإنكلستوما فى مناجم "كورنوال"، ثم شارك بعد ذلك فى لجنة خبراء أرسلت إلى جزر الكاريبى وغينيا البريطانية لدراسة داء الخيطيات. لقد ظل "محمد خليل عبد الخالق" يحتفظ بعلاقة قوية مع دراسات العلم الوبائى الميدانى، وعندما عاد إلى القاهرة عام ١٩٢٠، عين نائب مدير لقسم أبحاث الأمراض المتوطنة الملحق بمعامل إدارة الصحة العامة.

وفى ١٩٢٥ أصبح من أول المصريين الحاصلين على أستاذ كرسى بكلية الطب، حيث قام بتدريس علم الطفيليات.

وقد ساهمت أعماله الدءوبة ـــ التى جمعت بين الأبحاث المعملية والميدانية من المنظور العلمى ـــ فى بلورة المشروع وإضفاء الخصائص القومية والسياسية عليه، واستطاع أن يجمع ويحرك كل الطاقات والقوى من أجل تعميق المعارف الخاصة بالأمراض الطفيلية، خاصة البلهارسيا والإنكلستوما. فى مرحلة كانت مصر لا تزال فى بداية تاريخها العلمى، اتجه "محمد خليل عبد القادر" إلى المعهد المصرى القديم، من أجل الحصول على المعلومات وجمع المتوفر منها عن هذا العلم، وهذا المعهد يعد من أول المؤسسات العلمية التى أنشئت فى البلاد خلال حملة بونابرت، وأعيد إحياؤه فى ١٨٥٩. وخلال العشرينيات من القرن العشرين سجلت العشرات من المقالات عن الأمراض الطفيلية فى كتالوج المعهد، كما نشرت معظم هذه المقالات فى الولايات المتحدة (خاصة فى مجلة American

(Journal of Hygiene)، وهى من الدول التى كانت تهتم بعلم الأمراض الباطنية لانتشارها على أرضها.

ومن أجل الانتهاء من هذا العمل الوثائقى، قام "محمد خليل" بنشر ببلوجرافيا بجامعة القاهرة عن البلهارسيا (٥٥)، فجمع ٢٦٤٩ مرجعًا عن هذا المرض فى نهاية ١٩٣٠، مقدمًا بذلك عملا جليلا للأوساط البحثية والطلابية لا مثيل له فى تلك الفترة بمصر، غير أن هذا العمل قام على أكتاف رجل واحد ولم يستكمل بعد وفاته عام ١٩٥٠.

إن الفترة التى ساد خلالها الاهتمام بالأمراض المتوطنة كانت قصيرة، ولم تكف لاستتباب واستمرار هذا المنحى لما بعد المرحلة التى ساد فيها الفكر القومى، فمنذ النصف الثانى من ثلاثينيات القرن العشرين سرعان ما تغيرت الحركة فى اتجاه التخصصات الأكثر صيتا مثل طب الأطفال والجراحة، وهما التخصصان اللذان قدما صفوة المهنة الطبية.

فى غياب كل من الاستقرار السياسى والاستراتيجية العامة فى مجال الأبحاث، يجد معهد أبحاث الأمراض المتوطنة نفسه معزولا بلا موارد مالية لتمويل مشاريعه، وهنا يجب الانتظار حتى عام ١٩٦١ عندما ترى وزارة البحث العلمى النور.

فى العام التالى ترغب الوزارة فى التعامل مجددًا مع الأمراض المتوطنة لاستمرار انتشارها فى مصر، فتقوم بعقد "سمبوزيوم" أو ندوة حول البلهارسيا والإنكلستوما(٥٦)، فيكتشف خلالها الأطباء المصريون انه لم يتم التعامل مع هذه الأمراض بطريقة شمولية منذ مؤتمر الطب الاستوائى والصحة الذى أقيم فى القاهرة عام ١٩٢٨.

الاعتراف الدولى

لتأكيد الوجود على المستوى الاجتماعى والمهنى أمام منافسة الأجانب وخاصة الإنجليز، تجد الجهود المبذولة من قبل السلك الطبى صدى بعد مرور حوالى عشر سنوات من انتهاء الحرب العالمية الأولى، وذلك عند تنظيم مؤتمر كبير لطب الأمراض الباطنية لبلاد الجنوب، تعبيرا عن الإصرار على انتزاع الاعتراف بكفاءتهم، ودخولهم رسميا فى الجماعة العلمية الدولية، وإبراز مركزية القاهرة فى مجال الطب الاستوائى.

كان لهذا المشروع نظيرًا فى السابق، فقد أقيمت مثل هذه التظاهرات فى مصر من قبل، ففى ديسمبر ١٩٠٢ أقيم فى مدرسة الطب بالقاهرة أول مؤتمر طبى مصرى بإشراف د. سرجى فورونوف ــ مؤسس الجريدة الطبية المصرية على غرار مثيلتها الفرنسية، التى كانت تعتبر النشرة الطبية الأساسية فى هذا الوقت ــ وقد نال هذا المؤتمر دعما حكوميا كبيرا، حيث أقيم برعاية الخديوى، ونال تشجيعًا من قبل اللورد كرومر[٥٧]. جمع هذا المؤتمر ٦٠٠ طبيب، جاء بعضهم من أوروبا وأمريكا، وتناولت أعمال المؤتمر ثلاثة تخصصات فى إطار الأمراض المصرية، هى الطب والجراحة والرمد، مما يشهد على غياب التخصصات الباطنية فى تلك الفترة.

حقق هذا المؤتمر مستوى علميا جيدًا[٥٨]، وفتح المجال لتقديم دراسات حول الأمراض المنتشرة أساسًا فى مصر (البلهارسيا والأميبا والرمد...) إلا أنه عكس فى الأساس أعمال الأجانب فى هذا المجال، ولم يشارك المصريون إلا شكليا أو كتابعين للممارسين الأجانب الذين جعلوا من مصر معملا لأبحاثهم الشخصية.

استطاع السلك الطبى المصرى بعد ربع قرن أن يتواجد بكثافة على الساحة، بعد أن تطاول على المميزات الطبية التى كانت حتى الآن محجوزة للأجانب، ويرجع الفضل مجددًا لجمعية الطب المصرى التى كانت أساس مشروع الطب

الاستوائى والصحة عام ١٩٢٥، حيث يتقدم وفد من الجمعية بالفكرة إلــى "علــى ماهر" وزير التعليم، الذى يوافق بشرط أن يقوم خمسة أطباء من المصريين علــى الأقل بتقديم أبحاث مبتكرة، ويقوم الوفد بطمأنته بهذا الخصوص، "هنــاك قــدرات تفوق هذا العدد ضمن أساتذة كلية الطب فقط"[٥٩].

استغرق الإعداد لهذا المؤتمر مدة عام ونصف، تم خلالها تعبئة كل الأطباء الموجودين فى مصر، وخاصة المصريين منهم، وانتخب "محمد خليــل" ســكرتيرا للجنة التنظيم التى كان الوجود الأجنبى بها محدودًا.

جمع المؤتمر ــ الذى عقد مــن ١٥ إلــى ٢٢ ديــسمبر ١٩٢٨ ــ ٢٤٠٠ مشارك، منهم ٧ مندوبين من دول أجنبية (ألمانيا والولايــات المتحــدة وبريطانيــا واليونان وايطاليا واليابان)، كما تم خلاله توزيع ٤٠٠ بحث، منها ٢٥٨ مخصــصا للحالات المصرية. خصصت جلستان عموميتان لمناقشة البلهارسيا والإنكلــستوما، حيث ظهر خلالهما ارتفاع المستوى العلمى لأعمال الأطباء المصريين[٦٠].

سعد الأطباء الأجانب المشاركون فى هذا المؤتمر بالمعاملة التى لاقوها، فقد تم إعداد برنامج كامل عن مصر، فقدمت لهم شركة السكك الحديدية رحلــة إلــى الأقصر وأسوان وفلسطين، وأقر بذلك تقليد جديد مازال يسرى فى الأوساط الطبية حتى الآن، ألا وهو السياحة العلمية.

كان عقد المؤتمر الدولى للطب الاستوائى والصحة حدثًا جلــلا فــى تلــك الحقبة، فقد كان الهدف فى البداية هو الاحتفال بمئوية مدرسة الطب عــام ١٩٢٧، إلا أن الاحتفال تأجل لمدة عام حتى يتسنى ضم الملحق الجديد لكلية الطب، وهــذه المناسبة المزدوجة تؤكد على ارتباط مهنة الطب بماضيها ومــستقبلها علــى حــد سواء، حيث اتخذت صورة أمنحوتب ــ أول طبيب معروف فى التاريخ ــ كشعار للمؤتمر، إيذانا بدخول مصر الفرعونية حديثة الاكتــشاف فــى المفهــوم الطبــى، بالإضافة إلى إصدار طابعين، الأول بهذه المناسبة ويحمــل صــورة أمنحوتــب،

والآخر صورة "محمد على" الذى يرجع الفضل إليه فى إحياء الطب المصرى، وبعد أن نجح الأطباء المصريون فى الحصول على استقلالهم، قام أساتذة الطب المصريون بارتداء الروب الأسود بشريطه الأخضر، وإمعانًا فى الرغبة للانتماء إلى الحداثة، نجد لأول مرة استخدام الميكروفونات على طاولات المؤتمر[٦١]، وتتويجًا لهذه الاحتفالات حصل "على إبراهيم" على اللقب ذى المستوى الرفيع "عضو الكلية الملكية للجراحة فى لندن".

يعتبر مؤتمر الطب الاستوائى والصحة عام ١٩٢٨ بدون شك أول تظاهرة علمية وطنية، وقد ساهم بقدر كبير فى إعطاء مصر وزنًا لم يكن لها من قبل فى عيون العالم الطبى والعلمى، غير أن هذا الفعل الرمزى كان يجب استكماله بأعمال على المدى البعيد، لتأكيد مركزية القاهرة على المستوى الطبى، وكان تحقيق هذا المنظور يتطلب إنشاء شبكة علمية تجمع البلاد العربية، تكون فيها مهنة الطب المصرية بمثابة القيادة.

من خلال تطوير الاهتمام الخاص بالأمراض الباطنية التى كان يطلق عليها آنذاك الأمراض الاستوائية، لم يسع مصر إلا التوجه إلى البلاد المحيطة بها، حيث يمكن بسهولة افتراض أن الأوضاع الصحية الموجودة بها شبيهة لتلك الموجودة بمصر.

الطب فى مصر مهنة قديمة وأكثر كفاءة مقارنة ببقية الدول العربية، حيث توجد بالفعل شبكة للخدمات الطبية بالرغم من تواضعها، بخلاف الدول العربية الأخرى التى من الممكن أن تصبح سوقًا مستقبليا لمصر. تقيم الجمعية الطبية المصرية، بالإضافة إلى مجالسها العلمية الشهرية منذ عام ١٩٢٨، مؤتمرًا سنويا تجمع فيه كل الأعضاء الراغبين فى المشاركة، وكانت هذه التظاهرة تهدف إلى الانفتاح العلمى فى اتجاه أعضاء السلك الطبى العاملين على مستوى مصر والشرق الأوسط كله[٦٢].

يقوم المؤتمر الثالث المقام من ٢٨ فبراير إلى ٤ مارس، بإطلاق سلسلة من

المشاريع يستغرق العمل فيها عدة سنوات، تهدف إلى توحيد معجم طبـــي عربـــي، يخرج على هيئة قاموس إنجليزى/عربى من ١٠٠٠ صفحة، وينـــشر فـــى الـــسنة التالية من قبل الطبيب المصرى الدكتور/ شرف، حيث يتيح هذا المشروع الفرصة للاستعانة بمشاركة ممثلين آخرين من الدول الناطقة بالعربية.

تتوالى الاتصالات مع الدول المجاورة، فنشهد انتقال المؤتمر الرابع الـــذى عقد فى يوليو ١٩٣١ إلى لبنان بدعوة من الجامعة الأمريكية ببيروت التـــى تـــضم كلية للطب[٦٣].

وفى عام ١٩٣٢ يجتمع الأطباء مجددًا فى القاهرة، ولكننا نلاحـــظ وجـــود العديد من السوريين ضمن الأعضاء الـــ ٢١٤ المشاركين، وفى عام ١٩٣٣ يقـــام المؤتمر فى القدس، وبعدها بعامين ينعقد المؤتمر فى دمـــشق، وينعقـــد المـــؤتمر العاشر فى بغداد فى فبراير ١٩٣٨، ليصبح بهذه المناسبة المـــؤتمر الأول للطـــب العربى.

منحت دورية انعقاد المؤتمرات دوام الاستمرارية من خـــلال العديـــد مـــن الخطوات التى شهدها التاريخ الطبى، ففى الأقصر عام ١٩٣٤ يتم مناقشة الطـــب الفرعونى، ومن قبل فى اجتماع الإسكندرية ١٩٢٩ تم إلقاء الضوء علـــى أهميـــة المدرسة البطلمية، وأخيرًا فإن اجتماعات دمشق وبغداد سمحتا باحتـــضان مجمـــل الطب العربى الذى يشكل الفصول الذهبية فى تاريخ هذا العلم النبيل[٦٤].

من جهة أخرى وبمبادرة مصرية يتم الانزلاق فى اتجاه شراكة عربية فـــى معظم المهن الأخرى والتى اتبعت النموذج الطبى[٦٥]، وهكذا يتأكد الدور القيـــادى لمصر فى العالم العربى نظرًا لتقدمها العلمى والمهنى فى المنطقة.

نلاحظ فى المؤتمرات أنه سرعان ما تم إحلال مواضيع أخرى متنوعة محل قضية الأمراض الاستوائية، التى كان يفترض أن تكون الرابط بين الدول المختلفة، وتظهر على السطح مجددًا تخصصات مثل الولادة والجراحة، لكن التعبئـــة علـــى

المستوى الإقليمي – وخاصة على مستوى مصر حول الأمراض الطفيلية خلال عقد من الزمان – نجحت في إعطاء صورة جديدة عن وضع الأمراض الباطنية في مصر خلال النصف الأول من القرن العشرين.

الصورة الجديدة للأمراض الباطنية في مصر
الإحصائيات وعلم الأوبئة

بالرغم من ثراء الملاحظة الإكلينيكية التي يحصل عليها الطبيب من التواجد بالقرب من فراش المريض بالنسبة للأبحاث المصرية الوليدة، إلا أنها تظل غير كافية في إطار منظور المقاومة العملية والفعالة ضد الأمراض بأعدادها الكبيرة.

ومن أجل الوصول إلى رؤية شاملة عن انتشار وخطورة الأمراض في المجتمع، يجب استكمال العمل اليومي للأطباء في المستشفيات، برصد إحصائي للقضايا الصحية في مصر، فبعد تشخيص المرض يجب تحديد موقعه والمناطق التي يتواجد فيها ومعرفة تكاليفه.

تعتبر مصر من أقدم الدول التي أنشيء بها جهاز إحصائي، فمنذ عام ١٨٤٥ قام "محمد علي" بإجراء إحصاء وإنشاء أول دولة مدنية، إلا أنها ظلت ارتجالية نظرًا لنقص الموظفين الأكفاء. وفي عام ١٨٧٠ أنشيء "مكتب للإحصاء" ملحق بإدارة الصحة العامة في مصر، وألحق بخدمة وزارة الداخلية، وعلى الرغم من أن هدف هذا المكتب كان وضع خريطة كاملة للأنشطة في مصر، إلا أن الربط بين مفهوم الإحصاء والرقابة الصحية كان لا يزال هشا. وفي عام ١٨٨٥ أنشيء مكتب للإحصاء الصحي من جديد داخل وزارة الداخلية، وقام حتى عام ١٩١٥ بإصدار منشور أسبوعي، وأعداد فصلية وسنوية تحتوي على الإحصاءات التقليدية الخاصة بالوفيات والمواليد، والتي ظلت أقل من المستويات الحقيقية نظرًا

لقصور جهاز التسجيل، وفى عام ١٩١٥ أى بعد عدة سنوات من إنشاء الإدارة العامة للإحصاء التابعة للدولة، يتم إحلال قسم الإحصاء الديموجرافى والصحى بدلا من مكتب الإحصاء، مزودًا بأجهزة حديثة ولوائح للكشف عن الوفيات والمواليد[٦٦]، ومن جهة أخرى يتم إجراء أول إحصاء عام للشعب فى ١٨٨٢، يتبعه إحصاء ثان فى ١٨٩٧ بناء على طلب الإنجليز، والذى يعتبر أول نقطة ارتكاز ديموجرافية بالنسبة لمصر، ثم تتبعه سلسلة من الإحصاءات كل عشر سنوات.

تعاملت هذه الإحصاءات فى المقام الأول مع التغيرات الطبيعية الكبرى للشعب سواء أكانت فى المواليد أو الوفيات، ولم تؤخذ الأمراض فى ذاتها إلا باعتبارها مسببة لوفاة أحد الأشخاص، وفى عام ١٩٢٧ تشهد الإحصائيات الصحية تغييرًا كبيرًا، حين يصدر أمر لمكاتب الصحة بتسجيل المرضى الأحياء، وفى حقيقة الأمر فإنه منذ عام ١٩٢٠ ظهر اتجاه لتعميق الإحصائيات الصحية والتى بدأتها مدينة الإسكندرية.

سرعان ما أصبحت مدينة الإسكندرية المدينة الطبية، فباعتبارها العاصمة الثانية لمصر كان بها حجم كبير من العاملين فى الحقل الطبى، وذلك نتيجة لمناخها الكوزموبوليتانى المشجع على وجود زبائن أغنياء، وكان أعضاء السلك الطبى هناك شديدى النشاط، ففى عام ١٩٢٢ أنشىء بها أول فرع محلى للجمعية الطبية المصرية، وهذا الفرع أنتج أعمالا تضاهى المستوى العلمى لنظيره بالقاهرة، كما كان يتباهى المجتمع المتروبولى البحر متوسطى بوجود مستشفيات تتمتع بمستوى رفيع للغاية وتعد من أقدم المستشفيات فى البلاد.

إلا أن الفضل فى ريادة الإسكندرية فى مجال الإحصائيات الصحية، يرجع إلى تنظيمها الإدارى، فعندما أصبحت المدينة مركزًا تجاريًا ومقرًا للأعيان البارزين، أصبحت قضية الصحة، وخاصة الكوليرا التى اجتاحت عام ١٨٦٥، الشاغل الرئيسى لدى السكان، وحيث إن الإسكندرية لم تكن مدينة عبور فقط ولكنها

كانت مدينة للبرجوازية واستثماراتها، فقد أصبح بالتالى من المهم وجود إدارة حضرية[٦٧]، فمن أجل إدارة الجماعات المتعايشة جنبًا إلى جنب، تم إنشاء إدارة محلية بناء على مرسوم فى ٥ يناير ١٨٩٠. هذه التجربة الجديدة فى مصر أعطت للإدارة المحلية فى الإسكندرية ميزة كبرى وقوة تفوق قوة الامتيازات الأجنبية، ففى واقع الأمر تحلت هذه الإدارة المحلية بسلطة تفوق سلطة الحكومة فى رقابة الأجانب، وعلى ذلك أصبحت كل الإجراءات المحلية ملزمة ومطبقة على الرعايا الأجانب.

وهكذا نجحت الإسكندرية فى الالتفاف حول المقولة القائلة بأن كل معارضة للقوى الكبرى تمنع كل المبادرات فى مجال الإدارة الصحية، إن تطهير المدينة والذى يعتمد علي تحسين الشروط الصحية، جعل من الخدمة الصحية العامة مركز الاهتمام فى المدينة باعتبارها تحتل صدارة الأولويات.

يمكن القول إن وجود الخدمة الصحية فى الإسكندرية كان بمثابة الشرارة الأولى لإجراء الإحصاءات والمسح الوبائى للمدينة، ويصبح الطبيب المشرف على هذه الإدارة، الدكتور "عبد الواحد الوكيل"، أكبر المتخصصين فى هذا المجال بلا منازع ليس فقط على مستوى الإسكندرية وحدها، بل على المستوى المحلى.

ولد الدكتور "عبد الواحد الوكيل" فى ٢٥ مايو ١٨٩٥ بإحدى قرى البحيرة القريبة من الإسكندرية، وتابع دراسته الابتدائية والثانوية فى هذه المدينة قبل أن يلتحق بمدرسة الطب فى القاهرة عام ١٩١٣، ثم حصل على الدبلوم بعد خمس سنوات، وعاد إلى الإسكندرية حيث مارس العمل الخاص، وشغل العديد من المسئوليات فى مجال الخدمات الطبية بمجلس المدينة، ويتم اختياره أخيرًا من قبل مجلس المدينة للقيام بمهمة علمية فى كامبريدج لدراسة الصحة والطب الوقائى، الذى اعتبر تخصصًا مهما لحل المشكلات الصحية الأساسية فى المدينة، ويعود "عبد الواحد الوكيل" عام ١٩٢٠ إلى مصر ومعه ثلاثة دبلومات، هى دبلوم الصحة والطب الوقائى و دبلوم الطب الاستوائى ودبلوم عن قانون الصحة[٦٨].

مسلحًا بكل هذه الشهادات يعود "عبد الواحد الوكيل" بمفهوم أن الطب مثله مثل العوامل الأخرى التى لا تنفصل عن المجتمع، وعليه ينصب اهتمامه على الإحصاءات الصحية، وهو المجال الذى يعتبر رائدًا فيه على مستوى العالم العربى، وحتى ينجح فى التعرف على وضع مصر، يحث مرارًا و تكرارًا أعضاء السلك الطبى المصرى على أن يسجلوا كل الحالات بدقة.

وبحسب كلامه "الأوضاع تتغير ليس فقط من مدينة إلى أخرى، بل داخل المدينة الواحدة بناء على أشكال الهجرة الداخلية والزواج، أو بناء على أى عامل اجتماعى أو إنسانى آخر"[٦٩].. "يجب أن تصبح الإحصاءات بالنسبة للطبيب كالدفتر الحسابى بالنسبة للتاجر الذى يسجل فيه المكسب والخسارة ودرجة تقدمه أو سعة أعماله"[٧٠]. ويعطى هو نفسه المثل حين يشير إلى نموذج الإسكندرية، ويلعب على الأرقام التى تؤدى به خطوة خطوة إلى الكشف عن "المرض" الذى كان ينظر إليه لذاته حتى الآن، ليظهر الأوجه المتعددة للمرض، وكيف أنه يهاجم هذا الفريق من الأفراد أو هذه الفئة العمرية، و بناء عليه يتمكن من تحديد الأمراض التى تسبب الوفيات أكثر بالإسكندرية، ليرسم خريطة للمدينة "تختلف قليلا عن بعض الأعمال الطبية"[٧١]، كما يمكنه الكشف عن الدورة الموسمية للأوبئة الأساسية. فمن خلال الأرقام يتوصل "عبد الواحد الوكيل" أخيرًا إلى أن هناك بعض العوامل الاجتماعية أو الاقتصادية لها نفس أهمية الجراثيم التى انكب عليها الجيل الطبى السابق.

بفضل التقنيات الغربية التى جاءت مع الأفراد الذين درسوا بالخارج – وخاصة فى بريطانيا – يتم تجميع الصورة لنرى كيف تصيب الأمراض الأفراد بشكل مختلف بحسب طبقاتهم الاجتماعية أو فئاتهم العمرية، ورويدًا رويدًا يتم الكشف غن الأسباب الاجتماعية التى تكمن وراء هذه الأمراض.

مجتمع مريض

بفضل تقنيات الحساب المتقدمة، وبفضل المعامل البكتريولوجية التي تطورت أيضًا في المحافظات، يتم الكشف عن حجم الخسائر التي سببتها الطفيليات في الشعب المصري، وتؤكد الخريطة الصحية أن هذا الاختيار لم يكن ترفًا، بل احتياجًا أساسيا.

تظل البلهارسيا من أكثر الأمراض انتشارًا، فتصيب حوالي ٧٠ إلى ٨٠% من مجموع الشعب، وتتركز الإصابة في المناطق الريفية، إلا أنها تصيب أيضًا بعض الفئات الحضرية.

في أعقاب وفاة أحد العاملين في مصبغة بالقاهرة، مصابًا بأحد أشكال البلهارسيا الخطيرة، يقوم "محمد خليل عبد الخالق" بدراسة ميدانية في مثل هذه المصابغ ليتوصل إلى أن ٤٢% من العمال مصابون بالطفيل المسئول عن البلهارسيا، ويرجع السبب ــ كما عند الفلاحين ــ إلى التعامل مع المياه. في هذه الحالة يلقي الضوء على قناة الإسماعيلية القديمة التي تصب فيها المجاري، والتي تغسل فيها أيضًا الأقمشة المصبوغة، وعندئذ يقترح "محمد خليل" أن يتم التعامل مع هذا الشكل من البلهارسيا باعتبارها مرضًا صناعيا، مشيرًا أيضًا إلى الشروط الصحية السيئة التي يتم فيها العمل(٧٢).

تعتبر الإنكلستوما أيضًا من الأمراض المنتشرة، إذ تصيب حوالي ٥٠% من إجمالي الشعب، وبالرغم من صعوبة تحديد العدد الإجمالي من الوفيات بسببها، إلا أن "محمد خليل" يكشف عن التبعات الخطيرة التي تخلفها على مستوى ذكاء الطلاب(٧٣). في بعض المناطق تعتبر الملاريا كارثة حقيقية، بالإضافة إلى انتشار الطفيليات المعوية، حيث نجد أن ٩٥,٦% من سكان قرية صفت العنب بالبحيرة قد أصيبوا بها مرة على الأقل(٧٤). داء البرص مرض ينتج عن النقص الغذائي، ويصيب حوالي ٣٠% من المصريين. وأخيرًا يتم إجراء بحث على ٣٣ مدرسة

مما كشف عن أن هناك ٩٢% من الأطفال مصابون بالرمد الربيعى. إذا ما حللنا هذه الأرقام كما فعل "عبد الواحد الوكيل"(٧٥)، نكتشف إصابة كل مصرى بثلاثة أمراض فى المتوسط، وهى إن لم تكن تسبب الوفاة بشكل مباشر كالأمراض الوبائية، إلا أن لهذه الأمراض الطفيلية تبعات مستمرة تصيب القدرات الجسدية والفكرية للمريض، وتمنعه من القيام بالعديد من الأعمال.

وفى الحقيقة فإن من بين ٩٠٠٠٠ شاب وجد أن ٤,٥% فقط يصلح للتجنيد، ويتم رفض الغالبية لأسباب ترجع إلى الإصابة بالطفيليات(٧٦).

الفلاحون هم أكثر الفئات إصابة بهذه الأمراض، ففى عام ١٩٢٧ يذكر الإحصاء العقدى بأن مصر لا تزال دولة ذات طابع ريفى، ولا يوجد بها إلا ثلاث مدن يتجاوز عدد سكانها ١٠٠٠٠٠ نسمة (القاهرة والإسكندرية وبورسعيد). لا شك أن شروط حياة الفلاحين هى سبب انتشار الأمراض الطفيلية، حيث تتدنى الشروط الصحية فلا توجد مياه صالحة للشرب إلا فى بعض المناطق النادرة، كما ينتشر الرى بالغمر، الذى عممه الإنجليز على كل الأراضى الزراعية، كل ذلك يساعد على انتشار البلهارسيا، يضاف إلى ذلك كله حجم العمل وثقله بالنسبة لشعب يفتقر فى معظمه إلى الغذاء الكافى.

من خلال ملاحقة المرض، يكتشف الأطباء المصريون الشروط الاجتماعية والصحية السيئة السائدة فى المناطق الريفية، وترسم الإحصاءات والدراسات حول الأوبئة صورة الفلاح باعتباره ضحية للمثلث المشئوم، الفقر والجهل والمرض، مما يفسر تخلف المجتمع المصرى(٧٧). فقد أهمل الفلاح المصرى مدة طويلة، خاصة فترة الاحتلال الأجنبى الذى كثف من استغلاله، فأصبح مثالا للبؤس، "يصاب الفلاح بكل الأمراض، يعانى جسده من البلهارسيا والإنكلستوما والرمد الربيعى والملاريا والأمراض المرتبطة بسوء التغذية، أصبح إنسانًا مريضًا ضعيفًا له وجه بائس، ويقف أمام عتبات المستشفيات التى ترفض استقباله، وهو غير قادر على تحمل تكاليف العلاج والأدوية"(٧٨).

فى مقابل هذه الصورة اليائسة لمصر خلال العقد (١٩٢١- ١٩٣٠)، تـشهد أوضاع البلاد الغربية تقدمًا، وتنعم بعملية تطور مستمرة علـى كافـة المـستويات الاجتماعية، وهذا الوضع المتميز هو الذى يمنح الدول الغربية تفوقها الحـضارى (الأقطار المتمدينة).

أصبح لزامًا على مصر حينئذ أن تقلد هذه الدول، وأن تصل إلى مـستواها الحضارى، ولكن "إذا أرادت مصر أن تنطلق إلى ساحة الحـضارة، وأن تنـافس الأمم الأوروبية، وأن تجد لنفسها مكانا تحت الشمس، يجب عليها أولا التخلص من الأمراض الطفيلية، وحينئذ فقط سيولد جيل صحيح للبدن والروح يمكن أن نقارنـه بأفضل العناصر الأوروبية، قادر على أن يرقى إلى مصاف الدول المتحضرة"[٧٩]. فإذا كانت الدول الأوروبية استطاعت أن تصل إلى هذه الدرجـة المتقدمـة فـذلك يرجع إلى أن التقنيات المستخدمة كانت ناجحة.

انشغل الأطباء المصريون بالمناقشات الطبية الجارية فى أوروبا، والتى أدت إلى اكتشافهم الخاص لمرض السل، الذى كان مهملا فى البلاد حتى ذلك التـاريخ، وذلك من خلال التقليد فى البداية ثم تطوير اهتماماتهم.

يرجع الفضل من جديد إلى الإحصاءات التى تكـشف عـن انتـشار هـذا المرض، الذى لم يهتم به أحد حتى الآن، وكانت الإسكندرية من أكثر المدن إصابة بمرض السل، وهى المدينة التى أسست مفهوم الإحـصاءات الـصحية. اسـتطاع الدكتور "عبد الواحد الوكيل" منذ عام ١٩٢٤ أن يتقدم فى هذا الاتجـاه، فنجـد أن الفترة بين عامى ١٩١٤ و١٩٢٣ شهدت أكبر عدد من الوفيات بسبب السل، بنسبة ٧,٢% من إجمالى الوفيات فى المدينة الساحلية[٨٠]، ويعتبر هذا الرقم أقل من مثيله فى بعض الدول الغربية (٩% فى أمريكا و١٢% فى ألمانيـا)، إلا أنـه يزعـزع المفهوم الذى كان سائدًا من قبل، والقائل بعدم وجود مرض السل تقريبا فى مـصر بسبب الشمس الساطعة التى تنعم بها، ومن جهة أخرى يعتبر مرض الـسل الـذى يصيب شباب البلد ومكمن قوتها مصدرًا للقلق خاصة بالنسبة لدولة تريد أن تنطلق

اقتصاديا، فنجد فى الإسكندرية أن نسبة الوفيات بسبب السل تصل إلى ٢٤,٢% من الوفيات فى الفئة العمرية (١٠- ٤٠ سنة)[٨١].

أصبح التبليغ عن هذا المرض إلزاميا منذ عام ١٩٢٧، وأظهرت دراسة نقدية عن إحصاءات الوفيات فى نهاية عام ١٩٢٠ أن عدد الوفيات الذى وصل إلى ٢٠٠٠٠ بسبب السل يعنى ارتفاع عدد المرضى إلى ٢٠٠٠٠٠[٨٢].

يعتبر مرض السل مرضا حضريا مثله فى الدول الأوروبية، فنصف الوفيات تسجل فى المدن فى حين أن نسبة السكان فى الحضر لا تتجاوز ١٥% من إجمالى السكان. ومن خلال استحضار النموذج الغربى لعلم الأوبئة الرسمى، يرجع الأطباء المصريون السبب فى انتشار مرض السل فى القاهرة والإسكندرية إلى السكن غير الصحي والمكتظ بالأفراد، بالإضافة إلى سوء ظروف العمل[٨٣]، ولكن الفقر يعد السبب الأول سواء فى الريف أو فى الحضر كما يتضح من حالات المرض المنتشرة وسط الجنسيات المختلفة التى تعيش فى الإسكندرية[٨٤].

من خلال اكتشاف حجم مشكلة مرض السل فى مصر، لم يكن من المكن أن ينعزل السلك الطبى عما يجرى على المستوى الدولى، فترسل مصر عام ١٩٢٨ مندوبين إلى المؤتمر السادس للاتحاد الدولى لمكافحة مرض السل[٨٥]، مما يعنى ارتباطها الرسمى بالاتحاد. وكان أحد المندوبين الدكتور "رءوف حسن" ـــ نائب مدير المصحة الوحيدة فى مصر المتخصصة فى هذا المرض، والتى تحوى ٤٠٠ سرير، والتى تم افتتاحها عام ١٩٢٦ فى حلوان بالقرب من القاهرة ـــ فينتهز الفرصة لمد رحلته إلى أوروبا لزيارة الهياكل الرئيسية التى تعمل على محاربة السل فى كل من فرنسا وإيطاليا وسويسرا وألمانيا.

اعتمد الدكتور رءوف حسن على الخبرة التى اكتسبها إثناء إقامته بأوروبا، وعلى دراسة الإحصائيات بمصحة حلوان، ليقدم دراسة مهمة عن وباء السل فى مصر، وهى الدراسة التى نشرها عام ١٩٣٠ فى مجلة "الصحة العامة"، وحصل

عنها على الجائزة التشجيعية الأولى للبحوث المقدمة من الجمعية الطبية المصرية. لقد كان الدكتور رءوف حسن يعتقد اعتقادًا راسخًا بأن التقدم المهم الذى حققته الدول الغربية فى مجال الإحصاءات، والتى تشير إلى انخفاض عدد الوفيات بين مرضى السل بنسبة ٥٠% خلال ٢٠ عامًا، يعد من العوامل المهمة التى يجب أخذها بعين الاعتبار للتغلب على مرض السل المنتشر. فقد لاحظ أن مقاومة السل فى البلاد المتقدمة تحتل مكانة كبيرة، حيث خصصت تلك البلاد موارد مالية ضخمة من أجل رفع الأداء، بالإضافة إلى سن تشريعات للتعامل مع هذه القضية. يعرب الدكتور رءوف عن إعجابه الشديد بالمصحات الموجودة فى أوروبا، وبالإجراءات الوقائية فيما يتعلق بالأطفال، ولكن السؤال المطروح هو ما إذا كان تقليد النموذج الغربى يكفى لمحاربة السل. ويضرب مثالا من التدابير الفرنسى حيث يدعو إلى إنشاء مجلس وطنى لمحاربة مرض السل، مصرا على ضرورة توحيد كل الجهود من خلال قسم متخصص داخل الإدارة العامة للصحة، مع مضاعفة عدد المصحات والمستوصفات الريفية، وإنشاء مراكز للوقاية تعنى بالأطفال والطلاب.

أخذت الجمعية الطبية المصرية هذه الاقتراحات بجدية شديدة، وقررت فى فبراير عام ١٩٣١ إنشاء لجنة لمقاومة السل، وطالبت برسم سياسة قومية لمحاربة هذه الآفة المرضية، من خلال مضاعفة مؤسسات الرعاية والوقاية، والعمل على التكوين الطبى للطلاب فى هذا التخصص داخل كلية الطب، بالإضافة إلى وضع رقابة صارمة على إنتاج اللبن[٨٦]، غير أن هذه المطالب ظلت آمالا غير محققة نظرًا لنقص الإمكانيات المادية، إضافة إلى عدم وجود إرادة سياسية.

يجب الانتظار لحين انتشار المضادات الحيوية فى نهاية الخمسينيات من القرن العشرين، كى نرى انخفاضًا ملحوظًا لمرض السل، لكن من خلال اعتماد الخطاب الطبى الغربى المهيمن، تمكن الأطباء المصريون من صياغة صورة جديدة "لشخصية المريض"[٨٧]، التى صارت تتحدد فى إطار المجموع الاجتماعى،

فأصبح للمريض الحق ــ على الأقل من الناحية النظرية ــ في الاستفادة من المنافع الاجتماعية (مصحات ومستوصفات ووقاية وتشريعات)، والحق فى وجود جهاز صحي عام من أجل مقاومة هذا المرض المنتشر، وباتت فكرة التحمل الجماعي للمسئولية أكثر حضورًا، ومن خلالها استطاع الطبيب المصرى أن يؤكد ذاته باعتباره خبيرًا فى شئون إدارة الصحة على المستوى الاجتماعي.

قيمة الإنسان

نكتشف من خلال ظروف مصر وواقعها، ومن خلال الاهتمامات الطبية الغربية المهيمنة فى هذه الفترة، اندفاع السلك الطبى المصرى إلى الاهتمام هو أيضًا بوضع الأطفال الهش.

فإحصاءات الدولة المدنية تذكر دومًا بارتفاع عدد الوفيات المستمر في مصر، وتسجل البلاد عام ١٩٣٠ عدد وفيات يكاد يكون قريبًا من عدد وفيات فرنسا القديمة، وأقل قليلا من العدد المعروف في حقبة الرومان[٨٨]، حيث لا يزيد متوسط العمر عن ٣٠ عامًا إلا قليلا، ويموت طفل من كل ثلاثة أطفال قبل أن يصل إلى سن الخامسة. يظل الأطفال هم الضحايا الأساسيين في تلك المذبحة السنوية، حيث تشكل وفيات الأطفال والشباب أكثر من نصف عدد إجمالي الوفيات[٨٩]، ولكن عدم تحسن الوضع هو من أكثر ما يكشف عنه الأطباء غرابة من خلال هذه الأرقام، وذلك بعكس أوروبا حيث معدل وفيات الأطفال فى انخفاض مستمر، بعد أن أدت المشكلة إلى اتخاذ إجراءات صحية وتشريعية مشددة منذ عدة عقود.

فى إطار تقليد الغرب، بدأت مصر فى إنشاء جهاز لحماية الأطفال، لتفسح بذلك المجال أمام السياسة الصحية الوليدة كي ترعى وتدعم الجماعات الضعيفة. فمن خلال تحديد المشاكل الطبية، وترتيب أولوية الاهتمامات، يستطيع الأطباء أن

يقترحوا اتجاه الفعل والعمل للدولة، مثلما أعطت فرنسا خلال السنوات الأولى من القرن العشرين السلطة للطب للإشراف على الطفولة، وعلى احتياجاتها الصحية المرتبطة بها[٩٠]. وعلى المنوال نفسه قامت مصر بعد ٣٠ عامًا بالاهتمام بالقضايا الصحية للأطفال، فأنشأت إدارة الصحة العامة عام ١٩٢٦ المراكز الأولى لحماية الأمومة والطفولة، والتى تكمل جهود الجمعيات الخيرية التى كانت برغم ندرتها تقوم وحدها بالعمل فى هذا المجال.

هكذا يقتحم الأطباء أعماق الحياة الاجتماعية لإعطاء النصائح، بل الأوامر أحيانًا، نظرًا لوضعهم المتميز وفعاليتهم .

تفتح قضية زيادة معدلات الوفيات عند الأطفال، وظهور قضية جديدة هى الزيادة السكانية، الجدل فى موضوع حديث وهو الحد من الزيادة السكانية.

يظهر الاقتراح فى البداية فى إطار الانشغال بحماية الطفولة والأمومة، حيث يشكل الحمل المتكرر خطورة على صحة الأم، كما أن الطفل لا ينعم بالرعاية الكافية فى ظل أسرة كبيرة، ومجددًا يعتبر ذلك من تأثيرات الغرب، الذى يفتح الجدل الفعلى حول هذا الموضوع. ففى عام ١٩٢٧ انعقد مؤتمر حول "السكان" فى جنيف، انبثقت عنه لجنة دولية لمنع الحمل، فقد كان الغرب ينظر إلى القضية باعتبارها قضية تتعلق بإنقاص المواليد، وبالتالى كان منع الحمل حلا مطلوبا بالنسبة لبلاد الجنوب التى سجلت زيادة مقلقة فى عدد السكان، فقد برز الخوف من الاختلال الديموجرافى لصالح سكان النصف الآخر من كوكب الأرض، معتمدين على حجج تثير القلق فى بعض النفوس، ومازالت تستخدم حتى يومنا هذا.

يستعمل الخطاب "الكولونيالى" فى مصر هذا الموضوع، مما يفتح المجال لجدال واسع، نجده على سبيل المثال على صفحات "مصر الحديثة"، وهى مجلة شهرية تصدر عن الجمعية الخديوية للاقتصاد السياسى والإحصاء والتشريع، التى تأسست عام ١٩١٠، والتى قامت من خلال اهتماماتها العديدة، بقراءة غربية لمصر، حيث إن معظم كتابها من الأجانب، ومنهم ويندل كليلاند نائب رئيس

الجامعة الأمريكية بالقاهرة التى تأسست عام ١٩٢٥، وهو الشغوف بقضية الزيادة السكانية والتى يعمل على إظهار مساوئها.

تجد مخاوفه صدى وخصوصًا مع صدور نتائج الإحصاء الذى أجرى عام ١٩٣٧، وهو الإحصاء الذى يكشف عن وجود ٤٠٠٠٠٠ نسمة تفوق التوقعات المرسومة، فقد تضاعف عدد السكان منذ عام ١٨٨٧، وسجلت الدولة عام ١٩٣٧ زيادة سكانية بنسبة ١,١٤%(٩١). يقرر السلك الطبى تنظيم مناقشة حول الزيادة السكانية خاصة بعد انتشار الجدل والخلاف بخصوصها وبخصوص منع الحمل، فتقوم الجمعية الطبية المصرية بإرسال استبيان إلى أعضائها بخصوص بلورة سياسة للحد من المواليد، كما تنظم فى يونيو ١٩٣٧ لقاء حول هذه القضية يشارك فيه متخصصون من قطاعات اجتماعية أخرى وأخصائيين اجتماعيين ورجال دين.

ينتهز "وندل كليلاند" الفرصة لتحريك وإظهار مساوئ الزيادة السكانية.

فعدد سكان مصر سيصل بحسب كلامه إلى ٣٢ مليون نسمة سنة ١٩٩٨، وإلى ٤٩ مليون نسمة بعد قرن من انعقاد المؤتمر الحالى، وإلى ٩٧٣ مليارًا بعد مرور ٩٦٨ عامًا، وهى مدة زمنية ليست ببعيدة بالنظر إلى تاريخ القاهرة(٩٢). وهذه التقديرات لا يعتد بها فى حالة استمرار نسبة الوفيات على حالها، ومن المعلوم أنه بفضل أساليب العلاج الحديثة ستنخفض هذه النسبة، ووفقا لهذه المعدلات قد تصل مصر إلى المليارين عام ٢١١٢.

ويحذر "كليلاند" إلى أنه نظرًا لهذا الانفجار السكانى فلا سبيل لتنمية موارد البلاد، فهناك أعداد كبيرة من الفلاحين يزرعون مساحة زراعية غير قابلة للزيادة، بالإضافة إلى سوء الأحوال الصحية لهؤلاء الرجال، وعلاوة على الأمراض التى تصيب الأمم الأخرى، يتوطن بمصر أربعة أنواع من الأمراض، هى البلهارسيا والإنكلستوما والبرص والرمد الحبيبى(٩٣)، وهى أمراض تصيب الجسد بالوهن وتلحق بالجهاز العصبى ضعفًا شديدًا، مما يفسر خمول الفلاح. وكما نرى يتحمل الطبيب مسئولية إصلاح هذا الوضع، إذ أصبحت نوعية سكان الأمة من مسئوليات

الطبيب، وحين تتدهور النوعية بسبب زيادة فى عدد السكان، يقع العبء أيضا على الأطباء للحد من هذه الزيادة(٩٤).

ينادى "ويندل كليلاند" بضرورة تبنى سياسة قومية تحد من المواليد، غير أن الأطباء المصريين يقابلون هذا المطلب بحذر، وكانت الجهات المصرية بعيدة كل البعد عن تبنى هذه القضية ولا يوجد إجماع حولها، فبالرغم من اقتناع بعض الأطباء بمخاطر الانفجار السكانى، وقيامهم بالدفاع عن سياسة الحد من الإنجاب، إلا أن الكثيرين كانوا مناهضين لها بسبب البعد الدينى، وعليه لجأ الأطباء لمفتى الديار الشيخ "عبد المجيد سليم"، الذى حرم الإجهاض بالفعل، ولكنه يفتى بأن الفقه الحنفى يبيح منع الحمل فى بعض الحالات، بالإضافة إلى أنها وسيلة جيدة لمنع الإجهاض(٩٥).

ومن جهة أخرى لم تمثل قضية الزيادة السكانية عبئًا على الإطلاق بالنسبة للبعض، بل على العكس من ذلك رأى البعض انه فى ظل الوضع الحالى للبلاد حيث كل الآمال ممكنة، فإن الزيادة السكانية تشكل قوة البلاد، وفى المقابل مال البعض الآخر إلى القبول بفكرة أن التحسين الشامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمصريين يرتبط بالحد من المواليد، ومن ثم تم التوصل أخيرًا إلى اتفاق يسمح بموجبه بالحد من المواليد بشرط تنظيمه (لم ينظم هذا الوضع حتى الآن فى مصر حيث لم يصدر أى تشريع بهذا الخصوص)(٩٦).

لم تظهر نتائج الاستبيان الذى نظمته الجمعية الطبية المصرية فى المجلة الطبية قبل انعقاد المؤتمر، ربما بسبب قلة الإجابات المرسلة، حيث لم يهتم به إلا صفوة الأطباء، ولكن يمكن أن نشير إلى رغبة الأطباء فى إدارة مثل هذه القضايا إذ يعتبرون أنفسهم الأقدر على علاجها، وأن اللجوء إلى رجال الدين ليس إلا شكلا من أشكال الاستشارة، فهم لا يرغبون فى التنازل عن هذا الحق.

وقد استطاع السلك الطبى من خلال التأكيد على استقلاله عن نظيره الأجنبى، ومن خلال شبكة العمل الوطنى التى أنشأها، بالإضافة إلى تطوير

الأبحاث المحلية، أن ينتزع الاعتراف بسيادته فى هذا المجال. فالمعارف المتراكمة عن حالة البلاد الصحية، والتى يرجع الفضل فيها فى معظم الأحوال إلى التقنيـــات التى نقلوها من الغرب، ساعدت فى إحداث إصلاحات تهدف إلى نقل الـــبلاد إلـــى مصاف الدول المتقدمة. ومن خلال اكتـــشاف الأســـباب الاجتماعيـــة المرتبطـــة بالأمراض، وتحديد فئات السكان الأكثر ضعفًا (الفلاحـــين والأطفـــال)، اســـتطاع الأطباء أن يضعوا مفهومًا عاما للصحة، يتمثل فى محاربة الجراثيم مـــن ناحيـــة، وتحسين شروط الحياة لغالبية السكان من ناحية أخرى، مما يتـــيح وضـــع بـــرامج شاملة للطب فى مصر. ويرتبط نجاح هذا المشروع بدرجـــة فاعليتـــه، بالإضـــافة للصورة المهنية للطبيب التى تمنحه المصداقية على المستوى الاجتماعى.

الهوامش

(1) P. Alpin, *La Médecine des Égyptiens,* 1581-1584, Le Caire, IFAO, 1984.

(2) M.J. Peterson, The Medical Profession in Mid-Victorian London, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London, 1978.

(3) J. Léonard, La médecine entre les pouvoirs et les savoirs Paris, Aubier-Montaigne, 1981.

(4) Sur Ia création de cette association, cf. infra.

(٥) مجلة الجمعية الطبية المصرية (JAME) عدد ٨، أكتوبر ١٩٢٠ ص ٣٢٥.بخصوص رجوع مندوبى الوفد إلى الرأى العام المصرى فيما يتعلق "بالتحفظات"، انظر J.Berque، L'Egypte,Imperialisme et Revolution، 331..Paris, Gallimard, 1967,p,331

(٦) مجلة الجمعية الطبية المصرية (JAME)، عدد ١٠، ديسمبر ١٩٢٠ ص٣٨٩.

(٧) انظر على سبيل المثال مجلة الجمعية الطبية المصرية، عدد ٤ سبتمبر ١٩١٨ وعدد ١٠ ديسمبر ١٩٢٠.

(٨) للنظر إلى بعض هذه السير انظر الفصل الثالث.

(9) D. Sandwith. "History of Kasr al-Aini. A.D. 1466-1901", Records of the Egyptian government School of Medicine, Le Caire, 1901.

(10) Lord Cromer, Modern Egypt, Macmillan, London, 1908, p. 510.

(11) Nagîb Bey Mahfûz, The History of Medical Education in Egypt, Cairo, Government Press, 1935. IL sûgit d'un homonyme du célèbre romancier égyptien avec lequel il n' aucun lien de parenté.

(١٢) مجلة الجمعية الطبية المصرية، عدد ١٢، ديسمبر ١٩٣٥. ص ٤٩٦

(13) F. Abécassis et A. Le Gall-Kazazian, «Lidentité au miroir du droit. Le statut des personnes en Égypte (fin XIXe - début xxe siècle), Égypte/Monde arabe n° 11, Le Caire, CEDEJ, p. 11-38.

(١٤) مرسوم بقانون رقم ٦٦ لسنة ١٩٢٨ حول ممارسة مهنة الطب.

(١٥) الاثنتا عشرة دولة أصحاب الامتيازات هم فرنسا وبريطانيا العظمى واليونان وايطاليا وبلجيكا والولايات المتحدة والدول الواطئة والنرويج والبرتغال وأسبانيا والسويد.

(١٦) دار المحفوظات المصرية و مجلس الوزراء ووزارة الداخلية وشئون العاملين صندوق w/2/6

(١٧) القائمة الرسمية للأطباء والأطباء البيطريين وأطباء الأسنان والقابلات والصيادلة ومساعدو الصيادلة الذين يمارسون مهنتهم فى مصر حتى ٣١ ديسمبر ١٩٢٢. القاهرة، المطبعة الوطنية ١٩٢٣. تعتبر هذه القائمة ناقصة حيث أنها لا تضم إلا ١٥٣٣ طبيبًا فى حين أن قائمة عام ١٩١٨ كانت تضم ٢٤٨٨.

(١٨) يظهر للعيان مدى الخلل على النطاق الإقليمى فهناك فقط ١٠% من أعضاء السلك الطبى يمارسون مهنتهم فى وسط وجنوب الصعيد.

(١٩) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(٢٠) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(٢١) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(٢٢) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(23) M. Bungener, «Une éternelle pléthore médicale?», Sciences Sociales et Santé, Vol. 11, n° 1, février 1984, P. 77-110.

(٢٤) الصحافة الطبية المصرية، عدد ٣، فبراير ١٩١٣.

(٢٥) نذكر أن الامتيازات هى فى الأصل امتيازات منحها الولاة العثمانيين إلى الدول المسيحية التى سمحت لرعاياها بالإقامة والتجارة فى البلاد المسلمة دون الخضوع إلى نفس الإجراءات التى كان يخضع لها غير المسلمين. ومنذ بداية القرن التاسع عشر، نجحت البعثات الدبلوماسية الأوروبية فى انتزاع مزيد من الامتيازات خاصة بالنسبة للمسيحيين واليهود (انظر هنا ص ٥٣).

(٢٦) فى العام التالى، يصدر قانون جديد يتيح للمصريين الإعفاء من هذا الامتحان.

(٢٧) هذه هى حالة ألمانيا والمملكة العربية السعودية واليونان وإيران وايطاليا والأردن والسودان. يمكن السماح أيضا للبريطانيين بشرط حصولهم على الدبلوم المصرى.

(٢٨) قانون رقم ٤١٥ الصادر فى ٢٢ يوليو عام ١٩٥٤ الخاص بتنظيم ممارسة مهنة الطب

(٢٩) الدليل الطبى المصرى ١٩٥٥/١٩٥٦، القاهرة، مطبوعات فيشر ١٩٥٦.

(30) E. Freidson, La Profession médicale, Paris, Payot, 1984.

(٣١) الجمعية الطبية المصرية، اليوبيل الذهبى، ١٩٢٠-١٩٧٠، مجلة الجمعية الطبية المصرية، عدد خاص، ١٩٧٠.

(٣٢) قرار وزير الداخلية الخاص بتنظيم ممارسة الصيدلة الأهلية، ١٣ يونيو ١٨٩١

(٣٣) دار المحفوظات المصرية صندوق w/2/6

(٣٤) الهدفان الآخران هما تطوير اللغة العربية للتلاؤم مع العلوم الطبية وتوجيه الأبحاث نحو الأمراض الباطنية المصرية (الأمراض الطفيلية المتوطنة)

(٣٥) مجلة الجمعية الطبية المصرية ع، عدد ٢، فبراير ١٩٣٣ ص ١٠٨.

(36) C. Herzlich et J. Pierret, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paris, Payot, p. 13

(37) Cf. p. 18-19.

(٣٨) نستخدم (JAME) للإشارة إلى مجلة الجمعية الطبية المصرية حتى بالنسبة للأعداد التى ظهرت خلال الأعوام الثلاثة الأولى.

(٣٩) JAME العدد ١، يناير ١٩٢١، ص ١٠٣

(٤٠) JAME العدد ١، أبريل ١٩١٧ ص ٨

(٤١) JAME العدد ١، أبريل ١٩١٧ ص ٨

(42) Cf. p. ٨.

(٤٣) JAME العدد ٧، ديسمبر ١٩١٧ ص ٣١

(٤٤) JAME العدد ٨، أكتوبر ١٩٢٥ ص ٤٨٧-٤٩٢

(٤٥) JAME العدد ٣، مارس ١٩٢٢ ص ١٢٩-١٣٧

(٤٦) JAME العدد ٥، مايو ١٩٢٧ ص ٣٩٦

(٤٧) JAME العدد ١، يناير ١٩٢٨ ص٢.

(48) R. Rashed, Science classique et science moderne à l'époque de l'expansion de la science européenne», Science and Empires, P. Petitjean, C. Jami et A.M. Moulin Éd., Boston Studies in the Philosophy of Science, Vol. 136, Kluwer Academic Publishers 1992, p.28

(49) D. M. Reid, Cairo University and the making of Modern Egypt, Le Caire, AUC Press, 1990.

(٥٠) JAME 1 العدد ٢، فبراير ١٩٣٢ ص ٤٢

(٥١) JAME العدد ٢، فبراير ١٩٣٢ ص ٤٢

(٥٢) دراسة على دود الأمعاء والمشاكل التى تسببها.

(٥٣) فى بدايات القرن العشرين، تنطلق الثروات الرأسمالية الأمريكيـــة إلـــى الأعمـــال الإنسانية، فيتجه معهد روكفرلر للأبحاث الطبية ــ الذى تأسس فى ١٩٠١ ثم تحول إلى مؤسسة بعد ذلك ــ إلى الاهتمام بالقضاء على الankylostomiase – وهو ما يعرف بفقر الدم لدى المصابين بهذه الدودة – فى جنوب الولايات المتحدة. ثم يمتـــد نشاط المؤسسة عام ١٩١٣، للقضاء على هذا المرض وغيره من الأمـــراض فـــى مناطق أخرى من العالم وبخاصة الصين. انظر ريتـــشارد بـــراون Rockefeller Men, Medecine and Capitalism in America، University of California Press , Berkeley, L.A, London 1979.

(54) A.M. Moulin, "Patriarcal Science: the Network of the Overseas Pasteur Institutes", scince and Empires, op. cit., p. 307-322.

(55) M. Khalîl 'Abd al-Khâliq, The Bibliography of Schistosomiasis (Bilharziasis). Zoological, Clinical and Prophylactic, The Faculty of Medicine Publication n° 1,Cairo, Published by the Egyptian University, 1931

(٥٦) محاضر الندوة الأولى عن البلهارسيا، فى ذكرى مئوية ثيودور بلهارز، مايو ٣-٩ ١٩٦٢. وزارة البحث العلمى المجلد الثانى.

(57) S. Jagailloux, La médicalisation de l'Égvpte au XIXe siècle (1798-1918), Paris, Editions Recherche sur les Civilisations, p. 204.

(58) Cf. p. 205.

(٥٩) JAME العدد ١، يناير ١٩٢٩ ص ٣

(٦٠) JAME العدد ٤، أبريل ١٩٣٠ ص ٢٤٠

(٦١) مجلة المصور، عدد خاص عن مؤتمر الطب الاستوائى والصحة، ٢١ ديسمبر ١٩٢٨ ص ٩.

(٦٢) JAME العدد ٣، مارس ١٩٢٨ ص ٢٩٧.

(٦٣) هذا ليس هو الوضع فى مصر حيث لا يوجد بالجامعة الأمريكية بالقاهرة إلا أقسام الأدب والعلوم الإنسانية.

(٦٤) JAME العدد ٦، يونيو ١٩٣٥ ص ٣٧٠

(٦٥) وهكذا ومنذ ١٩٤٥، يعقد المهندسون العرب اجتماعات سنوية تعرف باسم "مؤتمر التقنيات العربية". انظر M. Volait، Architectes et architectures de l'Egypte moderne (1820-1960)، وأيضا Emergence et constitution d'une expertise technique locale.، رسالة دكتوراه بجامعة بروفونس، مارس ١٩٩٣ ص ٥١٢-٥١٤.

(66) F. Ireton, «Jalons pour une histoire de la statistique égyptienne (de 1870 au début des années soixante), Livres arabes n° 11, Statistiques en Égypte, Le Caire, CEDEJ, 1991.

(67) R. Ilbert, Alexandrie, 1830-1930. Espace et Société. Thése pour le doctorat ès Lettres, paris, EHESS, 1990, p. 194

(٦٨) JAME العدد ٢، فبراير ١٩٤٥، عدد خاص عن الدكتور "عبد الواحد الوكيل" الذى توفى فى ٣١ أكتوبر ١٩٤٤.

(٦٩) JAME العدد ٨، أكتوبر ١٩٢٨ ص ٥٤٠

(70) Cf. p. 547.

(71) Cf, p. 546.

(٧٢) "د. خليل عبد الخالق" البلهارسيا عند عمال المصابغ بالقاهرة". مجلة الجمعية الطبية عدد ٨ أغسطس ١٩٣٤ ص ٤٢٣-٤٢٩.

(٧٣) تم التأكد من هذه المشكلة فى مصر وتم ملاحظتها فى استراليا بالفعل. "محمد خليل، الإنكلستوما فى مصر"، فى مجلة الجمعية المصرية JAME العدد ٦ يونيو ١٩٢٣ ص ٣٧٧-٣٩٠

(74) 'Ahd al-Wâhid al-Wakîl. "A sanitary Review of the Egyptian Village. Its Present and Future", JAME n° 11, novembre 1934, p. 873.

(٧٥) "عبد الواحد الوكيل، الدولة فى حاجة إلى مراجعة خطتها الطبية والصحية" JAME العدد ٦ يونيو ١٩٤٠ ص ٤١٤-٤٥٥.

(٧٦) JAME العدد ٦ يونيو ١٩٢٥

(77) A. Roussillon, «Savoirs réformistes et politique en Égypte au tournant des années 1940», Genéses n° 5, septembre 1991, p. 55-80

(٧٨) د. أحمد حسين بك "فلاحنا المصرى" مجلة القضايا أو الشئون الاجتماعية العدد ١، يناير ١٩٤٠ ص ٦١-٦٤.

(٧٩) "خليل" تجربة اجتماعية فى احدى قرى مصر "العجيزة"، مجلة القاهرة العدد ٨٧، فبراير ١٩٤٦

(٨٠) "عبد الواحد الوكيل" بعض الإحصائيات حول انتشار السل فى الإسكندرية. JAME العدد ٤ أبريل ١٩٢٤ ص ٢١٤-٢٢٥

(81) Cf. ibid., p. 221

(٨٢) تقرير المندوبين المصريين فى المؤتمر السادس للاتحاد الدولى ضد السل المنعقـد فى روما، ٢٥-٢٩ سبتمبر ١٩٢٨"، JAME العدد ٩، نوفمبر ١٩٢٩ ص ١٨٥- ١٩٢. والحقيقة الفعلية تشير إلى ضعف هذه التقديرات. انظر

Ph.Fargues, «Un siécle de transition démographique en Afrique méditerranéenne 1885-1985», Population, né 2, n° mars-avril 1986, p.221

(83) A. Cottereau, «La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail. Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris», Sociologie du Travail n° 2, 1978, p. 192-224.

(84) R. Ilbert, op. cit., p. 455-458.

(٨٥) انعقدت أولى سلسلة هذه المؤتمرات الدولية فى باريس عام ١٩٢٠. ففـى ١٩١٠، وصل عدد الوفيات فى فرنسا بسبب السل إلى ٢٧٥ لكل ١٠٠٠٠٠، مما يشير إلى أخطورة هذا المرض فى تلك المرحلة.

(٨٦) ٣٠ % من الجاموس و ٤٠ % من البقر أصيبت بالسل بحـسب إحـصاءات وزارة الزراعة، JAME العدد ٨، أغسطس ١٩٣٠ ص ٥٠٨.

(87) C. Herzlich et J. Pierret, op. cit., p. 55.

(88) Ph. Fargues, art. cit., p. 218

(٨٩) ٥٥,٨% بحسب د. الوكيل، فقرة ب JAME العـدد ٦، يونيـو ١٩٤٠ ص ٤١٤- ٤٥٥.

(90) L. Boltanski, Prime éducation et morale de classe, Paris, Mouton, Collection cahiers du centre de Sociologie Européenne, 1969.

يتكرر نفس الوضع فى بريطانيا خلال نفس المرحلة. يرتبط الانخفاض الكبير فـى عـدد وفيات الأطفال بارتفاع مستوى التطور فى خدمات الطفولة والأمومة، حيث ينخفض العدد

من ١٥٠ لكل ألف خلال سنوات ١٨٩٠ إلى ١١٠ لكل ألف خـــلال ١٩١٠-١٩١٢ ثـــم ينخفض إلى ٨٠ خلال ١٩٢٠-١٩٢٢ وإلى ٧٠ خلال ١٩٢٦. انظر

Pat Thane, «Genre et protection sociale. La protection maternelle et infantile en Grande Bretagne, 1860-1918». Genéses n° 6, décembre1991,p.73-97

(91) W. Cleland, "The Necessity of Restricting Population Growth in Egypt", JAME n° 7. juillet 1937, p. 278-287.

(92) W. Cleland, art. cit., p. 280.

(93) cf. p. 285.

(94) Cf. p. 286.

(٩٥) وسائل منع الحمل والإجهاض من وجهة نظر دينية JAME العدد ٧ يوليو ١٩٣٧، ص ٣٠٤-٣٠٥

(٩٦) د. خليل: "الخلاصة" JAME العدد ٧ يوليو ١٩٣٧، ص ٢٤٢-٢٤٥.

الجزء الثانى

الأطباء فى المجتمع المصرى

الفصل الثالث

ميلاد نمط القوالب

تشكل السلك الطبى من خلال المؤسسات الجديدة وأيضًا من خلال أسلوب علمى خاص يقوم على أساس مزدوج، يتمثل فى نقل مقبول للعلوم القادمة من الغرب، والبحث والتنقيب عن الثقافة الخاصة به، وبالطريقة نفسها تشكلت هوية الجماعة الطبية التى ثبتت أقدامها تمامًا خلال الثلث الأول من القرن العشرين، والتى لعبت على الموروث الثقافى من جهة، وعلى عملية استيعاب عميقة للثقافة الغربية من جهة أخرى.

جذور الطبيب الحديث

من الحكيم إلى الطبيب

نموذج مهنى جديد

يعتبر الطب العلمى الحديث الذى استقر بمصر فى العشرينيات من القرن التاسع عشر، ثمرة تطور طويل أدى رويدًا رويدًا إلى الفصل بين المرض وبين الممارسة الاجتماعية، كما أدى إلى عزله وتحديده باعتباره موضوعًا فى ذاته يخضع للعلاج من قبل متخصصين يكرسون أنفسهم لهذا العمل، وفى وقت من الأوقات كان ينظر إلى المرض باعتباره خللا جسديا للمريض(١).

تفرض هذه النظرة الأنطولوجية (علم الكائنات) للطب نفسها فى الغرب منذ القرن الثامن عشر، لتفصل بين المرض والمجتمع، الخبرة والجهل، إلا أن هذا الطب الحديث يتميز من جهة أخرى ببعد جماعى، كان مغيبًا من قبل الطب الإغريقى أو طب العصور الوسطى[٢]، فمن الآن وصاعدًا بات الطب شأنًا من شئون الدول التى تحاول أن تدخل المجتمع فى شبكة من المفاهيم الطبية، وتشكل سلكًا من المهنيين الأكفاء، فيظهر نوع آخر من الأطباء يتفق مع الخصائص الجديدة للطب الحديث. فى الغرب يترك أطباء "مولبيير" المكان لأطباء أكثر مصداقية، بفضل الاكتشافات العلمية المتتالية التى تنتمى إلى مؤسسات الدولة لا إلى المعارف الأسرية الضيقة[٣].

يعتبر أنطوان بارتلمى كلوت – الذى كلفه "محمد على" بإرساء قواعد الطب الحديث فى مصر – نموذجًا جيدًا لهذا النوع من الأطباء أثناء الثورة الفرنسية. ينتمى "كلوت بك" إلى أسرة متواضعة، كان والده ضابط صف بالجيش الإيطالى، ويصعد "كلوت بك" رويدًا رويدًا درجات السلك الطبى، حيث يضع نفسه منذ أن بلغ الخامسة عشرة تحت تصرف أحد الجراحين العسكريين، ومنه يتعلم قواعد الجراحات الصغيرة، ثم يستقر فى مارسيليا عام ١٨١٣، ليعمل لدى أحد الجراحين/الحلاقين، بالإضافة إلى عمله كطبيب من الخارج لمدة ثلاث سنوات قبل أن يقبل كممارس داخلى فى "مستشفى ديو". يظهر التلميذ نشاطًا وذكاء كبيرين، ويتم اختياره لإجراء عمليات التشريح، ويحصل على درجة ضابط صحة عام ١٨١٧، وقد سمح له هذا الوضع بممارسة المهنة فى بعض القرى، والمضى فى حياة سعيدة مع والدته[٤]، إلا أن طموحاته كانت أكبر من ذلك، وكان قدر آخر فى انتظاره. يقرر "كلوت" متابعة دراسته الطبية، والحصول على درجة الدكتوراه، ولذا كان لزامًا عليه الحصول على دبلوم فى الآداب لتعلم اللغة اللاتينية أولا، وقد استغرق هذا مدة سنتين، ومن ثم يقبل فى كلية الطب "بمونبلييه"، متخطيًا السنوات الثلاث الأولى من الدراسة – نظرًا لحصوله على درجة ضابط صحة ولمدة خدمته السابقة فى المستشفى – فيحصل على الدكتوراه عام ١٨٢٠، ثم يستكملها بعد ثلاث

سنوات بموضوع عن الجراحة ليربط من خلال هذا الاختيار بين المنهج والعــلاج، بين الطب والجراحة، وكان هذا الاتجاه قد ظهر مع الثورة(٥).

هذا الرجل الذى قرر السفر إلى مصر عام ١٨٢٥ رجل عصامى من عامة الشعب ومليء بالطموح، نشهد من خلال مساره الطبى الانتقال من النموذج القــديم إلى النموذج الجديد للطب، حيث تشكل فى البداية علــى أيــدى أحــد الممارســين القدامى لمهنة الطب والحلاقة، ثم ينتهى به المطاف محصنًا بشهادات علمية رفيعة المستوى. وهو فى حقيقة الأمر يمثل نفسًا محبــة للابتكــار، لا تخــشى تجربــة النظريات الطبية الحديثة مثل مذهب "بروبه" الوظائفى، مواجهًــا بــذلك أســاتذته القدامى من جهة، ومن جهة أخرى معتقداته العميقة المتعلقة بعدم التعرض للعدوى التى لا تخلع عنه فضوله العلمى المتقد.

قام "كلوت بك" بتعليم طلابه المصريين أهمية الاعتماد على النفس والعمــل والتعلق بالعلم، بالإضافة إلى أنه رسم لهم إطارًا من الدراسة والممارســة يرتكــز على مكتسبات الثورة فى المجال الطبى، فباريس باتت مدينة طب المستــشفيات(٦)، مما سمح لهذا الوضع الجديد بازدهار الطب التجريبى، الذى أطلقه "زافيــه بيــشا" مؤسس علم التشريح الباطنى، من اعتمــاد الــربط بــين الملاحظــة الإكلينيكيــة والتشريح(٧).

فى خضم هذه الأحداث ولد ما يعرف بالطب الاجتماعى(٨)، الذى يعطى بعدًا سياسيا للطب، ويحمل الطبيب مسئولية تبليغ المشرع حول الوضع الصحى للسكان، ومخاطر العدوى، وعلاقة الفقر بهما.

يحاول "كلوت بك" مد إقامته بمصر لاعتقاده بالمكانة الرفيعة للطب الحديث، فيعمل منذ البداية على فرض منهج الطب التجريبى، ونرى كيف نجح فى انتــزاع الموافقة على تخصيص دورة ثابتة عن علم التشريح، بعد سلــسلة مــن الأحــداث المعروفة لإقناع " العلماء" بضرورة التشريح الذى أجــراه علــى جثــث "الــسود الوثنيين" أولا(٩). منذ البداية تظهر أهمية المستشفى فى عمليــة التــدريب، وحتــى

يربط بين الجانبين العملى والنظرى، يقوم بإنشاء مدرسة الطب فى المنطقة نفسها التى أقيمت بها قبل سنتين المستشفى العسكرى الجديد، وبعد عدة سنوات فى عام ١٨٣٧ نقلت المدرسة إلى موقعها الحالى بالقصر العينى، عن طريق تحويل القصر الموجود هناك إلى مستشفى مدنى. فى عام ١٨٤٢ يدرك "محمد على" ضرورة مد مظلة الحماية الطبية لبقية السكان، بعد أن كانت تقتصر فقط على القطاع العسكرى(١٠)، مما أعطى "كلوت بك" الفرصة لإنشاء الخدمة الصحية المدنية التى تعد النواة الأولى لدخول الدولة فى مصر إلى مجال الصحة العام.

يحدث النموذج الذى وضعه "كلوت بك" فى مصر ـ سواء على الصعيد العملى أو المنهجى ـ قطيعة مع وظيفة الطب القديم فى هذه البلاد.

كان تنظيم المهنة الطبية وملحقاتها فى العصور الوسطى مرنًا جدًا، حيث نجد الحلاقين الذين يمارسون أيضًا أعمال الجراحة وقد أنشئوا رابطة تضمهم(١١)، لكن فيما بعد لم يعد هذا هو وضع الأطباء، فقد باتوا يشخصون الحالات المرضية ويعالجون السهل والمعقد منها، حيث وضعت المؤسسات العلمية قواعد رقابية على ممارسة المهنة، وأصبح لزامًا على الممارس الحصول أولا على ما يسمى "بالإجازة".

فى مصر كان الطلب يقدم إلى الطبيب رئيس "البيمارستان المنصورى" (المستشفى الرئيسى بالقاهرة)، يتبعه تقديم لرسالة بحثية فى أحد الفروع الطبية، عبارة عن تجميع لنصوص قديمة يقوم الباحث أحيانًا بإثراء البحث ببعض الملحوظات الخاصة به، وبالرغم من أن هذه العملية كانت تشير إلى الاهتمام بمراقبة المستوى المعرفى، إلا أنها كانت قاصرة عن تقديم تقييم حقيقى للمهنة(١٢).

ومن جهة أخرى كانت المهن الطبية تخضع لرقابة "المحتسب"، الذى كان يتولى إدارة شئون السوق والكشف عن الأعمال الإجرامية والغش التجارى، فقد كان الأطباء يقفون أمامه ليقسموا قسم أبقراط، ذلك القسم الذى كان يلزمهم باتباع بعض الإجراءات فيما يتعلق بالتعامل مع المرضى، واحترام سر المهنة، والالتزام

بأخلاقياتها. كان للمحتسب مرجعية تنظيم إدارة الفروع المختلفة للطب، وأنواع الغش التى من الممكن أن يواجهها، وتشير هذه المرجعية إلى التنوع الكبير فى فئات القائمين على علاج المرضى، فهناك "الفصادون" الذين يشقون الوريد لتنقية الدماء، وهناك "المحجمون" الذين يضعون الكأس على جسم المريض لجذب الدم، جنبا إلى جنب مع الأطباء والجراحين، وهنا يكون البحث عن خصائص لمهنة حقيقية ضربًا من الخيال، حيث يختلط الحابل بالنابل لتعدد وتباين الفئات(١٣).

قام كلوت بك بتشكيل جماعة مهنية منسجمة من خلال اشتراط "الإجازة العلمية"، لينهى بذلك الخلط المصاحب لمفهوم "الطبيب"، ويفتح الطريق أمام بناء إطار مؤسسى لأعضاء المهنة الجديدة، ويحقق فى الوقت ذاته الاتحاد بين الطب والجراحة، الذى كان متأرجحًا حتى الآن(١٤)، ليضفى بذلك على الجراحة مكانتها الرفيعة التى اكتسبتها فى الغرب، والمستمرة حتى يومنا هذا.

سواء بالنسبة لأطباء العصور الوسطى أو أطباء الحقبة الحديثة المعروفين لدينا، فمما لا شك فيه أنهم كانوا يشكلون صفوة المهنة الممتلكة للمعارف العلمية غير المشكوك فيها آنذاك، فقد كانوا يمارسون المهنة بطريقة أقرب ما تكون إلى الطبيب المعاصر، إلا أن تكوينهم وأسلوب ممارستهم للمهنة كان مختلفًا عن أسلوب الطبيب الحالى.

تظل الخاصية الأكثر استمرارية لدى هؤلاء الأفراد، هى تكوينهم المتعدد الفروع والتخصصات، حيث كانوا ينكبون على دراسة العلوم الفلسفية التى تمنحهم مكانة فكرية رفيعة، بالإضافة إلى تمكنهم من الطب وعلوم الفلك والبلاغة أو الموسيقى، فمصطلح "الحكيم" الذى كان يطلق على هؤلاء الأشخاص "كان يضفى عليهم الاحترام لحكمتهم ومعارفهم الشاملة"(١٥). وكان "أبو بكر محمد زكريا الرازى" (*) (القرن الحادى عشر الميلادى) أحد هذه الوجوه البارزة للطب العربى

(*) راجع (١٠) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

فى العصور الوسطى، والذى يمثل النموذج المعارفى الشامل، وفى إيــران يبــرز "ناتف دى راى" الذى تلقى تعليمًا فى الفلسفة والحــساب وعلــم الفلــك والكيميــاء والموسيقى، ثم أكمل دراسته للطب فى بغداد[١٦]، وقد ترك عملا ذا شــأن يجمــع مختلف التخصصات التى درسها.

اعتمد التكوين النظرى لدراسة الطب على النصوص اليونانية المترجمة إلى العربية، وعلى الأعمال التى أنتجت منذ الغزو الإسلامى[*]، ومن مجمل المعــارف التى يفترض أن يتعلمها "الرجل الحكيم" آنذاك ــ والتى كانت تــدخل ضــمن مــا يعرف "بالأدب" ــ كان الطب أحد هذه التخصصات، إذ كان يمارس آنذاك من قبل دارسيه، أو يصبح مجرد جزء من المعرفة المجردة، وعلى العكس من ذلك لم يكن هناك ما يعرف بالطبيب المتخصص، إذ كان من الممكن المــزج بــين المعــارف المختلفة وممارسة الطب "الطبيب لم يكن متخصصا".

أما بالنسبة للذين كانوا ينغمسون أكثر فى الممارسة الطبية، فكان تعليمهم يتم فى أغلب الأوقات على أيدى آبائهم، مما كان يفسح المجال لإقامة إمبراطوريــات طبية حقيقية[١٧].

وإلى جانب ذلك لعبت المستشفى أيضًا دورًا فى التكوين والتعليم، حيث قــام بعض الأطباء اللامعين بتنظيم دورات عامة[١٨]، إلا أن أسلوب الكشف ظل يعتمــد على مقابلة المريض أكثر من الاعتماد على إجراء الفحص الإكلينيكى.

وعلى الرغم من ثراء إنتاج الطب العربى الكلاسيكى إلا أنه لا ينتمى إلــى الطب التجريبى.

وأخيرًا تميز الأطباء العرب الكلاسيكيون ــ أو على الأقل الصفوة مــنهم ــ بامتلاكهم لثروات كبيرة، إلى جانب عدم خضوعهم لسلطة الأمراء[١٩]، تلك السلطة

(*) هكذا فى الأصل.. والمقصود هو "الفتح الإسلامى". (المحرر)

التى كانت دومًا تعرقل استقلالية المهنة التى لا تنجح فى فرض ذاتهـا إلا عنـدما ترتبط بالدولة وليس بالفرد.

وخلال القرن التاسع عشر فى مصر، لم يختـف هـذا الوجـه الكلاسـيكى للطبيب (العالم) تماما، إذ يمكننا أن نجد فى مذكرات "حسن العطار" (*)(٢٠) مبـادرة شيقة عن كيفية الوصل بين النموذجين، فقد كان "حسن العطار" يجمع بـين علـوم النحو والمنطق والفقه والطب والهندسة، فقد ورث نموذج العلماء القدماء مع شغفه بالعلوم الغربية، فقام برسم نمط للتفكير خاص وغير مسبوق فى الأزهـر، حيـث درس بنجاح ما يؤهله لاستجلاب هذه العلوم الجديدة من خـلال ثقافتـه الخاصـة. يمتلك "حسن العطار"، مثله مثل "الجبرتى"، رؤية واسعة للثقافة العربية الإسـلامية التقليدية، أهلته للتعامل الايجابى مع المعرفة الجديدة الوافـدة فـى ركـب الحملـة الفرنسية(٢١).

ولكن تظل مثل هذه الشخصية استثناء عن القاعدة، حتى وإن استمرت طوال فترتى الحكم الخديوى والملكى، إذ إنحسر نموذج الممارس التقليدى أمـام زحـف نموذج الطبيب الذى تلقى تعليمًا متجانسًا، واستطاع أن يثبت أقدامه أمام التحـديات المتعددة، فبات الطب القديم أسلوبًا غير قانونى للممارسـة. إن الطـب المـصرى الحديث الذى يعتبر وريثًا للطب العربى التقليدى فى جانب منه، انجـذب للنمـوذج الذى تطور فى الغرب منذ القرن السابع عشر، ذلك النموذج الذى نجح فى فـرض نفسه فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر، من خلال معالم محددة ميزتـه ـــ مع مهن أخرى من النوع نفسه ـــ عن مجمل الإطار الاجتماعى السائد.

(*) راجع (١٢) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

فئة جديدة من المهنيين

صاحب ظهور هؤلاء الأطباء الجدد تغييرات اجتماعية وسياسية فى مصر القرن التاسع عشر، وعلى وجه الخصوص فى المناطق الريفية.

فقد قام "محمد على" فى عام ١٨٣٠ بإحلال نظام هيدروليكى من خلال شبكة من القنوات، بدلا من أسلوب الفيضان التقليدى، مما غير الطبيعة الريفية بل غير التنظيم الاجتماعى ككل، فبفضل نظام الرى الدائم خرجت القرى من عزلتها، وبسيادة ثقافة زراعة القطن، التى تخضع للتجارة الدولية، دخلت القرى معترك اللعبة المجردة لرأس المال(٢٢).

ألغى نائب الملك فى عام ١٨١٣ نظام الالتزام(٢٣)، مما أدى إلى زوال الإقطاعيين الكبار، لتحل محلهم فئات جديدة متميزة يرتبط ثراؤها بالتجارة فى المنتجات الزراعية، مما نتج عنه خلق فئة اجتماعية جديدة من الأعيان فى القرى تدير الأراضى الزراعية (العمداء) وتعتمد نمطًا من الحياة أقل تقليدية، فأصبحت تلك الفئة تمتلك مضخات تعمل بالبخار وبيوتًا لها صالات استقبال وحدائق، لنشهد بذلك تحولات جديدة فى المشهد الريفى.

وأخيرًا فإن "محمد على" عندما أعطى الأولوية لإنشاء المدارس المهنية، اعتمد فى البداية على استقطاب الطلاب من داخل النظام التعليمى التقليدى، ذلك النظام المكون من المدارس الابتدائية والثانوية والذى أصبح يواجه منافسة كبيرة من قبل قطاع المدارس المهنية الذى كان لفترة طويلة مهمشًا وضعيفًا، واستهدف نشر نمط من التعليم "الحديث"، استفاد منه أساسًا أبناء هذه الصفوة الريفية الحديثة، وفى عام ١٨٣٩ وصل عدد هذه المدارس إلى حوالى خمسين مدرسة ابتدائية موزعة على الأقاليم المختلفة، يتعلم بها حوالى ٥٠٠٠ طالب.

هذا الالتقاء والارتباط بين تلك المتغيرات، وبين إنشاء المؤسسات الجديدة،

أدى إلى بداية الاستعانة بموظفين من أصل مصرى، سواء كانوا ضباطًا فى الجيش أو موظفين بالإدارات الحكومية العامة. نشهد هذه التحولات بوضوح فى قرية "زاوية البقلى" فى المنوفية بقلب الدلتا، حيث كان التعليم لفترة طويلة قائمًا على نظام "المشايخ" التقليدى، وهؤلاء أنفسهم هم الذين يبدعون فى الاتجاه نحو تعلم العلوم الجديدة، ليخرج من هذه القرية فيما بعد أحد أبنائها، فيصبح العالم "محمد على باشا البقلى"، الجراح ومدير مدرسة الطب من ١٨٦٣ إلى ١٨٧٦[٢٤].

أبناء هؤلاء الأعيان الريفيين الذين تخرجوا من المدارس العليا وحصل الكثيرون منهم على منح دراسية فى الخارج، يرتبطون بالفئات الأدنى للصفوة العثمانية المصرية، ويفرضون نمطًا جديدًا للعيش أقرب ما يكون إلى النموذج الغربى منه إلى النموذج العثمانى، مع استخدام اللغة العربية بدلا من اللغة التركية[٢٥]، ويكتسبون المميزات العثمانية، ويتخذون من التسلسل الهرمى للنبلاء العثمانيين نموذجًا لهم، فيحملون ألقاب الباشاوية والبكوية والأفندية، ونجد الرجال يلبسون الطرابيش والبدل التى تحمل علامة الرجل المتعلم الوطنى المكتسب للثقافة الأوروبية.

يتوازى ظهور هذه الفئة من الفاعلين الاجتماعيين الجدد مع تأسيس إدارة للخدمات العامة، ويرجع الفضل فى إنشاء هذه الإدارة إلى " محمد على" أيضا، التى تحل رويدًا رويدًا مكان النظام العثمانى القديم، وينتج عنها ميلاد فئة الموظفين الجدد. تتمتع بعض هذه المؤسسات الجديدة، مثل إدارة الصحة العامة، منذ عام ١٨٣٥ بتعريفات قانونية وتنظيم لأسلوب التوظيف والمكافآت، مما يعطيها تميزًا نوعيا فى الوسط الاجتماعى[٢٦].

تهدف المدارس العليا التى أنشأها "محمد على"، ومنها "مدرسة الطب"، إلى تخريج العاملين المتخصصين التى تحتاجهم المؤسسة الوليدة — فى البداية كان الاختيار يتم من خلال التجنيد[٢٧]، وهو إجراء لم يكن مستساغًا من قبل الجمهور — إلا أن إضفاء الجانب القانونى والتشريعى تدريجيا على قواعد عمل الإدارة —

والذى تم الاعتراف به منذ ١٨٥٤ ـ أتى بتطورات إيجابية على وضع العمل، ومن ذلك حق الحصول على المعاش، والحق فى الحصول (عند الحاجة) على إجازات مرضية مدفوعة الأجر(٢٨)، وأدت هذه الامتيازات بالإضافة إلى وجود مرتبات ثابتة، إلى نسيان المخاوف التى كان يشعر بها الناس فيما يتعلق بالوظيفة العامة، بل أصبحت وسيلة للنجاح الاجتماعى.

فى هذه الظروف لم يتردد الأعيان المحليون والرعيل الأول من الموظفين، فى إرسال أولادهم إلى تلك الهيئات الجديدة ذات التكوين المهنى، بعد أن استفاد أولادهم بالنظام التعليمى الممتد، والذى أصلحه "على مبارك" عام ١٨٦٧.

يتم تأهيل معظم الأطباء المصريين الذين تعلموا فى مدرسة الطب بالقاهرة سواء أكانوا عسكريين أو مدنيين للخدمة العامة، وقد شكل الكثيرون منهم الرعيل الأول من الأطباء العظماء المحليين.

نجد السيرة الذاتية لثلاثة من هؤلاء الأطباء وقد نشرت فى أعداد مجلة الجمعية الطبية المصرية خلال عامى ١٩٣٤و١٩٣٥، بمناسبة انعقاد المؤتمر الدولى الغاشر للجراحة لأول مرة بالقاهرة فى ديسمبر عام ١٩٣٥(٢٩)، يجتهد كاتب هذه السير ـ وهو جراح أيضا ـ فى رسم طريق نجاح هذا الرعيل الأول من المؤسسين الذين اهتموا بالعلم الحديث، مسبغا عليهم هالة من التقديس والتعظيم، وإذا نظرنا إلى التعبيرات المستخدمة يمكننا أن نجد تعبيرًا مثل "الجراح الكبير"، وهو المصطلح الدال على قمة النجاح المهنى، كما ساد فى الثلاثينيات من ذلك القرن.

ولد "إبراهيم النبراوى" (١٨٠١- ١٨٦٣) بقرية نبروة بالغربية بالدلتا، الذى لا يظهر فى أعداد مجلة الجمعية الطبية المصرية رغم ورود سيرته التى نقلها "على مبارك"، وكان ابنًا لعائلة من التجار الصغار، ترك مبكرًا جدا "كتاب" القرية لمساعدة أسرته. إثر هروبه(*) لجأ إلى جامعة الأزهر بالقاهرة. وحين يمر رجال

(*) يروى الأستاذ جمال بدوى فى كتابه "محمد على وأولاده" قصة هروب إبراهيم النبراوى فيقول إن=

التجنيد التابعين للباشا بحثًا عن طلاب لمدرسة الطب، يتطوع ويدخل المدرسة، فيظهر نبوغًا، ويختار للدراسة بباريس، ويعود عام ١٨٣٤، ليحتل منصب أستاذ بمدرسة الطب، ويتميز سريعًا فى مجال الجراحة التقويمية، وينجح فى التعامل مع فئة متميزة من المرضى يثرى من ورائها، ثم يتم اختياره من قبل "محمد على" ليصبح طبيبه الخاص، مما يكسبه شهرة واسعة[٣٠] وتقدمًا كبيرًا فى الهيكل الهرمى بالخدمة العامة، وهو من أوائل المصريين ــ إن لم يكن الأول ــ الذى يتزوج من فرنسية.

كما نجد أيضًا السيرة الذاتية للدكتور "محمد على باشا البقلى" (١٨١٣-١٨٧٦)، الذى ينتمى لنفس جيل الدكتور النبراوى. وقد ولد د.البقلى بقرية زاوية البقلى، ترك "الكتاب" وهو فى التاسعة من العمر ليلتحق بالأزهر، حيث تم اختياره أيضًا أثناء حملة التجنيد ليدخل مدرسة الطب بالقاهرة. يشترك فى أول بعثة مدرسية إلى فرنسا عام ١٨٢٦ ليمكث هناك تسع سنوات، ولدى عودته، يعين أستاذًا للجراحة فى مدرسة الطب التى يرأسها لاحقًا من عام ١٨٦٣ إلى عام ١٨٧٦، ويقتل فى العام نفسه خلال حرب الحبشة أثناء مرافقته لجيش الخديوى[٣١].

أما "محمد فوزى بك" (١٨٢٦-١٨٩١) فقد ولد بمحافظة الدقهلية بالدلتا. لم يستمر طويلا فى "كتاب القرية"، حيث يذهب إلى القاهرة لاستكمال دراسته فى مدرسة حكومية، فيظهر خلال هذه الفترة ذكاء استثنائيا، فيقبل مباشرة ــ رغم صغر سنه ــ فى مدرسة الطب. يسافر أيضًا إلى فرنسا لعدة سنوات، وعند عودته يعين كأستاذ للجراحة وعلم التشريح . بعد وفاة "د. البقلى"، يجرى تقسيم قسم الجراحة بمستشفى قصر العينى إلى قسمين، يقوم د. محمد فوزى " برئاسة أحد

=أهله كانوا قد أرسلوه إلى المحروسة (القاهرة) ليبيع بطيخًا، فحمل الصبى البطيخ على ظهر جمل ومضى إلى القاهرة، وهناك فسد البطيخ وفقد رأس ماله، فعز عليه أن يعود لأبويه خالى الوفاض، فدفع ما تجمع لديه من مال إلى صاحب الجمل الذى استأجره من نبروة، وطلب منه إخبار والديه أنه سيبقى بالقاهرة حتى يعوض خسارته. (المحرر)

هذين القسمين ويستمر فى تولى هذا المنصب حتى عام ١٨٨٤، تاريخ رئاسة ميلتون للمستشفى[٣٢].

وأخيرًا تذكر سيرة "محمد درى باشا" (١٨٤١-١٩٠٠) أنه ولد فى القاهرة، وكان والده تاجر حبوب. حين بلغ السابعة من عمره دخل مدرسة حكومية، وقد كان مصممًا على الالتحاق بمدرسة الطب، إلا أنها تغلق خلال فترة "عباس"، فيضطر إلى الانتظار حتى تعيد فتح أبوابها أثناء حكم "سعيد باشا". يلتحق بالبعثة المسافرة إلى فرنسا عام ١٨٦٢ حيث يناقش بجدارة رسالته العلمية فى الجراحة عام ١٨٦٩. بمجرد عودته، يعين فى مكتب الصحة بمنطقة "العطارين" بالإسكندرية قبل أن ينقل إلى مستشفى قصر العينى كمساعد للدكتور "محمد البقلى"[٣٣].

تمثل هذه الشخصيات الأربع مفصل الانتقال بين مرحلتين فى تكوين الجماعات المهنية الجديدة.

إذا كان التجنيد قد دفع باثنين منهم إلى دراسة الطب، إلا أن الآخرين اختارا الدراسة الطبية بمحض إرادتهما، مما يؤكد على رفعة مكانة هذه المؤسسة الطبية. أصبح الطب فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر مهنة معروفة ذائعة الصيت، وهدفًا للكثيرين من الشباب القادمين من أوساط فى أغلبها ريفية متواضعة، إذ كان نجاحهم يعنى تميزهم عن الآخرين من ذوى الأقدار المتواضعة.

يتشابه الدرب الدراسى والمهنى لهؤلاء الأطباء الأربعة كثيرا. فقد مروا جميعًا بمرحلة "الكتاب"، باستثناء "الدرى" القاهرى المولد والنشأة، كما التحقوا جميعًا بمدرسة الطب محدثين انتقالا ملحوظًا بين النموذج التقليدى والنموذج الحديث للتعليم، وسافروا جميعًا إلى أوروبا، كما أنهم اشتركوا جميعًا، للأسف، فى عدم تسجيل أية شهادات مباشرة. كما عملوا جميعًا فى وظائف حكومية ردا لجميل الدولة التى تولت الإنفاق على تعليمهم فى الداخل والخارج، مما أهلهم لتطوير رؤية خاصة تتعلق بخدمات الدولة التى تتمحور حول الهدف الاجتماعى للصحة.

ويتميزون جميعًا بدرجة عالية جدا من الاحتراف والرفعة العلمية، فهم مبرزون فكريا وعلميا فى مجال الجراحة، "هذا التخصص المتكامل"، تخصص يجمع بين المعرفة الفكرية والدقة المهنية، إذ يمنح هذا التخصص القدرة على الحكم الصائب، الذى يؤدى إلى التشخيص الدقيق والقدرة على التحكم الحركى، الذى يضمن نجاح العمليات. يتمتع "د. الدرى" ببصيرة قد تصل إلى ما يعرف "بالقدرات غير الطبيعية"، كما يشتهر "د. البقلى" بمهارة ملفتة للأنظار فيما يتعلق باستئصال أورام داء الفيل، أما د. محمد فوزى فقد اكتسب شهرة دولية نظرًا لمثابرته وجهده الكبير.

احتلت الجراحة بفضل هؤلاء مكانة متميزة وقيمة عالية داخل النظام الطبى المصرى، فقد أجرى الأطباء فى مستشفى قصر العينى جراحات لا تحصى، بالإضافة إلى العديد من عمليات التشريح، التى يعتبرها د. الدرى الضمانة لنجاح العمليات التى تجرى على الإنسان، كما أن دراستهم بفرنسا أتاحت لهم نقل مفهوم الطب التجريبى ومبادئه بمجرد عودتهم إلى مصر.

بجانب ممارسة الجراحة فى القصر العينى، لعب هؤلاء الأربعة دورًا متميزًا كأساتذة، فقد تخرج من تحت أيديهم العديد من الأجيال المتلاحقة من الأطباء المصريين.

فالدكتور محمد البقلى هو أول من أسس مجلة طبية داخل مدرسة الطب[٣٤]، كانت تنشر مجمل المعلومات الحديثة والعمليات والملاحظات الطبية النادرة والغريبة، كما تنشر ملخصات ما ينشر فى المجلات العلمية الأخرى[٣٥]. وكان د.محمد درى يستخدم نسخًا من ملاحظاته على المرضى، ليقوم بتوزيعها على الطلاب، وكان يلتقط صورًا فوتوغرافية للمرضى قبل وبعد العملية، بالإضافة إلى قيامه بتصنيع قوالب من الجبس للأعضاء المصابة، ويحتفظ بعينات منها كى يعرضها على طلابه فى الدروس[٣٦].

مما لا شك فيه أن هؤلاء الرجال قد وهبوا أنفسهم لمهنة الطب ولطلابهم ولمرضاهم، عملوا بلا كلل، وساهموا بأعمال بحثية شخصية، وترجمات خاصة عن اللغة الفرنسية، منفتحين على التطورات العلمية التى تحدث على الجانب الآخر من البحر المتوسط، ليدخلوها دون تردد إلى بلادهم.

فعلى سبيل المثال أدخل د. محمد الدرى أسلوب " التعقيم" الذى ابتدعه "ليستر" إلى مستشفى القصر العينى، شارحًا مبادئه فى نشرة وزعها على الطلاب[٣٧].

بالرغم من اتساع مهمتهم، إلا أن الشخصيات الأربع سالفة الذكر، امتازت بدماثة الخلق والعطف والشفقة تجاه مرضاهم، وكانوا يجدون الوقت لاستقبال جميع المرضى كما لو كانوا من أفراد أسرهم، دون تقاضى أية أجور من المرضى الفقراء، ولكنهم فى الوقت نفسه كانوا لا يهملون إثراء وتوسيع مداركهم الفكرية فيما تبقى لهم من وقت. كان "محمد الدرى" محبا للقراءة، وقد ترك مكتبة عامة زاخرة بالأعمال النادرة والقيمة، وبعض هذه الأعمال تتميز بالندرة وبعضها نسخًا أصلية.

وهكذا أصبح الذكاء والتفانى والثقافة الرفيعة من الصفات اللصيقة بالجراح خلال حقبة الثلاثينيات من القرن العشرين.

تقنين صفات ومزايا الطبيب الحديث

إن نموذج الطبيب المثالى حسب ما هو متعارف عليه، لا يتوافق مع المهمة الاجتماعية للطب، فمهمة نشر الإدراك الطبى وتطبيقاته على أسس جديدة، فى دولة ما، تتطلب تضافر عناصر متعددة، ولكن القلة فقط تتوافر لديهم كل هذه الصفات الرفيعة، فغالبية الأطباء ليسوا إلا مجرد عاملين فى الممارسة اليومية للطب.

نجد فى أحد أعداد مجلة الجمعية الطبية المصرية ـ حول تعليم الطب عام ١٩١٨[٣٨] ـ نوعًا من التقنين للصفات والمزايا التى يجب أن تتوافر فى الطبيب الحديث. تتناول هذه المقالة "الطبيب" بشكل عام، دون تحديد لنوع التخصص سواء كان عاما أو خاصا، فمن الجدير بالملاحظة أن مدرسة الطب فى تلك الفترة كانت تعنى أساسًا بتخريج الأطباء ليعملوا فى الوظائف العامة.

يوضح الكاتب أن اهتمامه يدور حول الإشادة بالصفات التى تأمل الهيئة التعليمية فى توافرها لدى المتقدمين لمدرسة الطب، وحتى يلم الطالب على وجه الدقة بم ينتظره بالتحديد فى المستقبل، يقوم الكاتب برسم صورة نموذجية للطبيب، إلا أنه لا ينسى أن يذكر مدى صعوبة هذه المهنة لكونها مهنة نبيلة وعظيمة.

يجب أن يظل الطب رسالة قبل أى شيء، التزامًا حقيقيًا واختيار بالنسبة لمن يهب له حياته، هذه الصفات تميز بين الأطباء الحقيقيين، والأطباء الذين دخلوا المهنة بالصدفة أو نتيجة للحاجة[٣٩]. فالمهمة الموكلة للأطباء كبيرة جدا، فلا يقع على عاتقهم فقط مسئولية الرعاية الصحية فى جميع أنحاء البلاد، بل يضاف إليهم مهمة نشر "حضارة جديدة"، ليصبح القضاء على المرض هو شعار المرحلة.

أصبح الطب مؤسسة نبيلة ذائعة الصيت، وعلى الطبيب أيضًا أن يتحلى بالعديد من الصفات الشخصية التى تؤهله لتحقيق هذه الرسالة بنجاح، فإلى جانب التأسيس العلمى المتين، يشيد الكاتب بمجموعة من الصفات، مثل الدقة والعمل الدءوب والصبر، أكثر من إشادته بالذكاء، فالطبيب حين يتحلى بالحواس الخمس، ينجح فى تخطى المصاعب، والطبيب يجب ألا يكل إلا بعد إنجاز مهمته[٤٠].

المهمة بالفعل صعبة، فمن يختار أن يصبح طبيبًا لا يملك حرية إهدار وقته، فهو ليس سيد نفسه، بل رهن إشارة مرضاه المحتاجين إليه صباح مساء ، فهو يتعب كى يرتاح الآخرون، ويصحو حين ينام الآخرون[٤١]، بالإضافة إلى مخاطر العدوى التى يتعرض لها الأطباء أكثر من غيرهم. وعليه فمهنة الطب هى مهنة

إنكار الذات، والتضحية تتواصل طوال مرحلة ممارسة المهنة. فمن المتعارف عليه، أن التعلم لا ينتهى بمجرد الانتهاء من الدراسة، بل يستمر دون توقف، فالطب فى تطور مستمر(٤٢).

يعتبر الطب العام من الفروع القيمة جدا فى الطب، والمثل الواضح للفضول العلمى، فالطبيب المصرى مطالب بالتعرف على كل الحالات الباطنية الممكنة، فالكم يساوى الخبرة. لم تحن بعد ساعة التخصص، على الأقل بالنسبة للممارسين، فهؤلاء الأطباء العموميون "الذين يجب أن تغطى أعدادهم احتياجات البلاد، هم أنفسهم الذين يلجأ إليهم المرضى، وهم الذين يتخذون الإجراءات الأولية ويباشرون العلاج، وهم الذين يرسلون المرضى فيما بعد إلى أحد المتخصصين إذا لزم الأمر(٤٣).

- إن إنشاء شبكة صحية فاعلة فى دولة هى فى الأساس دولة ريفية، يتطلب توفير خدمات طبية أولية على مستوى القرى، لخدمة جمهور يعانى من أمراض باطنية عديدة لكنها تحتاج إلى علاجات بسيطة نسبيا.

وبهذه المناسبة يأسف كاتب الرسالة على رفض الأطباء تمامًا العمل فى الأرياف دون فهم للأسباب عدا الرغبة فى الإقامة بالمدن الكبيرة(٤٤).

نكتشف من خلال قلم هذا الكاتب التناقض الذى يتضح منذ عام ١٩١٨ فى الطب المصرى، فمن ناحية تعتبر هذه المهنة مهنة "نضالية"، ومن ناحية أخرى تعتبر مهنة رفيعة المستوى اجتماعيا، وهذان جانبان لا يلتقيان. ويمكن تفسير النفور من العمل فى الأرياف، على أساس أن أولاد أعيان الريف الخاضعين للحراك الاجتماعى صعودا، تتجه رغباتهم صوب قيم وأنماط الحياة "الحديثة" المتوفرة فى المدن الحضرية.

وأخيرًا فطبيب المستقبل يجب ألا يهدف إلى الثراء من خلال ممارسة فنه

هذا، فالطب ليس مؤسسة صانعة للثروات، ولكن فى الوقت نفسه على الطبيب أن يضمن مستوى حياة كريمة، بلا فقر ولا حرمان(٤٥)، حتى يتفرغ لممارسة وظيفته.

منذ نهاية الحرب العالمية الأولى، تشكلت الجماعة الطبية على أساس المقاييس العلمية والاجتماعية الجديدة، التى يرجع الفضل فيها إلى نقل النماذج الغربية المشرفة، إذ يجد الطالب المرشح لدخول مدرسة الطب "جماعة طبية مستقرة"، تمتلك خصائص وأنماطًا مميزة(٤٦)، بيد أن هذا الطالب عليه أن يجد من أجل التواصل مع ماضيه هو، وان يعيد ابتكار نسب جديد يتيح له نسيانًا ولو مؤقتًا لأصول هذه الجماعة الأجنبية، وبعد أن يكون الطبيب المصرى قد اكتسب صفات زميله الغربى، ينجح لاحقًا فى الحديث عن موروثه الطبى الخاص.

ميراث، وتمثل ثقافى، وثقافة

إعادة بناء علاقة النسب

تبدو مهنة الطب المصرية الحديثة نموذجًا جديدًا، بعدما احتلت مكان المهنة القديمة، تلك التى محيت من الذاكرة، حيث يظهر التباين بين المؤسسات المنشأة حديثًا ـــ والتى يعمل بها الأطباء حديثو التكوين ـــ وبين مهنة الطب العربى الكلاسيكى. لقد كان ظهور مثل هؤلاء الممارسين الجدد إيذانًا بقطع الصلة مع السياق التاريخى للطب فى مصر، خصوصًا وأن معظم الممارسين الجدد كانوا يجهلون تاريخ الطب العربى غير المعروف إلا للقلة المثقفة، حيث لم تنتشر الأعمال الكبيرة للعلماء العرب، إلا على نطاق ضيق جدا، حتى إن "كلوت بك" لم يكن ملما إلا بمعارف قليلة فى هذا المجال، بالرغم من أن "الطب والجراحة تميزا خلال فترة الخلفاء العرب"، إلا أنهما فقدتا بريقهما إبان فترة مجيئه إلى مصر(٤٧).

لكننا لا نستطيع الحديث اليوم عن الطب فى مصر، دون التذكير بعمق

جذوره الممتدة إلى فترتى الفراعنة والعصور الوسطى. هذا الميراث الذى يرجع إلى التاريخ السحيق، يعتبر موضوعًا معروفًا لدى الكافة، بل ويمثل مصدرًا للفخر والعزة، ونجد انه خلال ١٩٢٠- ١٩٣٠، قام الأطباء المصريون بإعادة امتلاك ميراثهم الطبى، الذى اكتشفه المستشرقون وعلماء المصريات، حتى انهم أرجعوا هذه المعارف الطبية إلى بدايات اكتشاف وابتكار الطب.

فى نهاية القرن السابع عشر وخلال القرن الثامن عشر، بدأ الرحالة الغربيون القادمون إلى مصر يهتمون بالاكتشافات الأثرية والنصوص المقدسة للشعوب، كما أن حملة بونابرت ـ التى استمرت من ١٧٩٨ إلى ١٨٠٢ ـ والعلماء الذين توالوا من بعدها، ساهموا فى اكتشاف معارف البلاد التى نجدها فى كتاب "وصف مصر"، بالإضافة إلى إدخالهم أول مطبعة إلى مصر، تلك المطبعة التى لعبت دورًا فى نشر الثقافة على نطاق واسع، بعد أن كانت محصورة فى نطاق الثقافة ذات الأغراض التوسعية. وبالرغم من أن المستشرقين اطلعوا على اللغة العربية، إلا أن اللغة الهيروغليفية ظلت لغزًا بالنسبة لهم حتى فك "شامبليون" شفرتها عام ١٨٢٢. ومنذ ذلك الحين استطاع علماء المصريات ـ الذين أكملوا عمل المستشرقين ـ الكشف عن عظمة القدماء التى يتم التعرف عليها فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر.

يؤدى اكتشاف "شامبليون" إلى شغف حقيقى لدراسة مصر القديمة، أعقبه القيام بالعديد من الحفريات الأثرية لجمع النصوص والآثار التى كشفت رويدًا رويدًا عن ماضى هذه الدولة. وهكذا يتم فى ١٨٦٠، اكتشاف أول بردية عن الطب فى إحدى المقابر والمعروفة ببردية "إيبر" (Ebers)، وبعد مرور سنتين يقوم فلاح من هذه المنطقة نفسها، ببيع بردية أخرى إلى أحد الأمريكيين، والتى ستحمل اسمه "إدوين سميث" (Edwin Smith)، وفى ١٨٧٥ يؤدى اكتشاف بردية Hearst et Kahun" إلى استكمال الاكتشافات الطبية فى مصر القديمة[٤٨].

تم ترجمة بردية "إيبر" ونشرها باللغة الألمانية عام ١٨٧٥، أما البرديات الأخرى – بخلاف بردية "سميث" – فقد نشرت خلال العقدين الأولين من القرن العشرين، وبعضها منشور باللغة الإنجليزية وأغلبها باللغة الألمانية[٤٩]، ونظرًا لقلة التعامل مع اللغة الألمانية، تظل هذه النصوص محصورة في دائرة صغيرة من المثقفين، غير معروفة لدى الجمهور الواسع.

ترجمت بردية "ايبر" إلى اللغة الإنجليزية عام ١٩١٣، حيث ظلت لمدة طويلة المرجع الأساسي للطب الفرعوني، وهي نوع من الموسوعات المتخمة بالعديد من الموضوعات، كوصفات لصناعة العقاقير، وأجزاء عن التشريح، وعرض لحالات باطنية، وتشخيصات وعلاجات مستخلصة من كتابات طبية مكدسة، ومرتبطة بأنواع من السحر والخرافات[٥٠].

نظر أطباء وعلماء بداية القرن العشرين إلى هذه الاكتشافات بعين الشك والريبة، حيث ارتبط هذا الطب القديم بأنواع من السحر، في الوقت الذي كانوا فيه يحاولون جاهدين محاربة الطب التقليدي المرتبط بالخزعبلات .

وتلقي بردية "ادوين سميث" – المنشورة بالإنجليزية عام ١٩٣٠ – الضوء بجلاء على جانب جديد من هذا الطب القديم، حيث يظهر الجانب العلمي العميق منه، والذي كان لا يعتقد في وجوده[٥١]. وهكذا نمتلك أخيرًا شهادة قاطعة عن وجود هذه الروح العلمية لدى المصريين، والتي طالما جرى إنكار وجودها بغير حق[٥٢].

فقد كشفت هذه البردية عن أنواع من العلاج الباطني، ودراسة للجروح والعمليات الجراحية للعظام والالتواء والخلع، كما تضمنت عرضا لـ ٤٨ حالة باطنية، ورغم أن كاتبها يظل مجهول الهوية، إلا أنه عاش في الفترة بين ٢٦٠٠ و ٢٢٠٠ قبل الميلاد، ودون خلالها التشخيصات والعلاجات المنطقية وفق أسلوب علمي لا يزال يستخدم حتى يومنا هذا[٥٣].

أدى نشر بردية "سميث" إلى التوفيق النهائى بين مهنة الطب المصرية الحديثة والطب الفرعونى، إذ إن إظهار الجانب العلمى للطب القديم، دعم وقوى تواجد الطب المصرى الحديث، المتهم بالعاطفية وعدم القدرة على المبادرات الإيجابية، وهى أفكار كانت رائجة خلال القرن العشرين، وهكذا تجد الجراحة فى مصر جذورها القديمة.

نجد انبهارًا بكيفية استخدام القدماء للخياطات الجراحية، والعمليات التى أجريت على جروح الرأس، ففى المؤتمر الدولى العاشر للجراحة المقام فى القاهرة، يذكر الدكتور/ حسين كامل أشكال الحدس والمعارف التى كان يمتلكها القدماء فى مجال التشريح[٥٤]. وقام آخرون بإلقاء الضوء على إنجازات القدماء فى مجال أمراض النساء والتوليد وأمراض العيون، تلك المجالات التى لا يزال المصريون يبدعون فيها. هذا التذكير بالميراث المصرى القديم يأتى ليدعم الجهود التى بذلها الأطباء الجدد فى المهنة، ولتأكيد المهارات والقدرات التى يمتلكونها أمام من يحاولون إنكارها عليهم، ويأتى هذا التذكير فى فترة الشغف العام بالفترة الفرعونية، فقد أثارت ثورة ١٩١٩ الضمير الوطنى، وأعقبها بثلاث سنوات اكتشاف مقبرة توت عنخ آمون، والتى تذكر بمرحلة استقلال بعيدة طال البحث عنها. فمصر القديمة التى يتم استعادتها وإعادة تخيلها، يتم وضعها كنموذج لخدمة المشاريع التى تهدف لبناء هوية مصرية خالصة. وفى هذا الإطار يتم الربط بين مصر القديمة الممسكة بأقدارها، وبين مصر فى الربع الأول من القرن العشرين المتطلعة للاستقلال. فحينما عقد فى القاهرة عام ١٩٢٨ المؤتمر الدولى الأول عن الطب الاستوائى والصحة ــ الذى قام بتكريم "أمنحوتب" وزير "زوسر"، وأول طبيب معروف فى التاريخ ــ علق المشاركون فى المؤتمر شارة "أمنحوتب" طوال فترة انعقاده.

فى هذه الفترة تظهر أعمال كثيرة، تجمع بين الروح الوطنية والرغبة فى المطالبة بالدور الريادى للطب، استنادًا إلى تاريخه الضارب فى القدم، فيظهر فى

عام ١٩٣٩ كتيب لأحد الصيادلة بعنوان "تاريخ الطب والصيدلة والكيمياء لدى قدماء المصريين"[٥٥].

يشير الكاتب فى المقدمة إلى رغبته فى إلقاء الضوء على أسلوب صناعة العالم لنفسه، وكيفية صنع القوانين والدساتير، وكيفية صنع العلوم والمعارف، من خلال نموذج مثل "الطب والصيدلة والكيمياء أيام القدماء"، التى أثرت فيما بعد على علوم أوروبا حتى القرن الثامن عشر[٥٦]. يهدف هذا الأسلوب إلى الربط بين الطب القديم والعلوم الحديثة، التى لم تستطع الازدهار فى الغرب إلا بفضل أعمال الرواد الأوائل.

يضاف إلى هذه المرحلة القديمة من التاريخ، النموذج الثرى للطب العربى الكلاسيكى، ليؤكد على الاستمرارية التى تضع مصر فى موقع الصدارة. فنرى كيف نهل الطب اليونانى فى القرن الثالث، واستفاد من مدرسة الإسكندرية، حيث هيرون المصرى (اليونانى الأصل) أول من قام بإجراء تشريح على الملأ[٥٧]، ليضع من جديد الجراحة والتشريح فى صدارة الطب المصرى. ويمكن الإشارة أيضًا إلى أن الحركة العلمية الكبرى التى تلت الفتوحات الإسلامية، جعلت من المنطقة منارة الطب طوال مرحلة العصور الوسطى.

كان لا يزال الطب العربى الموروث من مرحلة العصور الوسطى أكثر حضورًا فى الذاكرة من الطب الفرعونى، الذى يرجع الفضل فى إحيائه إلى جهود المستشرقين فى القرن التاسع عشر، فنشهد فى عام ١٨٤٠ ظهور أول كتاب عن الأطباء العرب باللغة الألمانية، مستندًا إلى أحد الأعمال العربية التى ظهرت فى القرن الثالث عشر[٥٨]. وبعد مرور سنتين يصدر فهرس فى "لايبزج" يتضمن قائمة بالكتب اليونانية المترجمة إلى السريانية والعربية والأرمينية والفارسية، ولكن يجب الانتظار حتى عام ١٨٧٦ حتى يخرج الطب العربى من حدود اللغة الألمانية، بفضل "لوسيان لوكليرك" الذى أصدر مرجعًا باللغة الفرنسية[٥٩]، مكن العديد من الأطباء المصريين المجيدين للفرنسية من قراءته.

وبعد عدة سنوات ــ فى نهاية القرن التاسع عشر ــ تنشر مخطوطات قديمة باللغة العربية، كانت معظمها حتى ذلك التاريخ محفوظة فى المكتبات الأوروبيــة، والقلة منها موجودة بالقاهرة، ومنها أعمال ابن سينا، والرازى، وابــن بطــلان(*)، وعالم النباتات ابن البيطار(**)، لتكون فى متناول الجمهور. وينشر فهرس الأطباء العرب لابن أبى أصيبعة(***) فى صيغته الأصلية عام ١٨٨٢، هذا العمل الذى كان بمثابة مرجعية للكتاب الألمانى الصادر عام ١٨٤٠ فى القاهرة، بمناســبة صــدور عمل باللغة العربية لمستشرق ألمانى آخر، بالإضافة إلى كتاب "كامل الــصناعات" للمجوسى(****) وهو تجميعات طبية من القرن العاشر "تثير الدهشة فيمــا يتعلــق بمنهج العلاج والتطبيقات التى يشير إليها"(٦٠).

لقد حفز الحصول على كل هذه المعارف الرغبة لدى الأطباء المصريين فى لعب دور المؤرخين، ففى عام ١٩٠٩ يقوم د. محمود صدقى ــ طبيب السجون ــ بنشر مذكرات بالفرنسية "عن الطب العربى والقواعد الصحية للمسلمين"، بغــرض التصدى للأفكار التي يروجها بعض الناس عن تدهور الجنس العربى، الذى يتخــذ أهله من القرآن قانونًا يمنع تطورهم، ويضعهم فى إطــار مــن التطــرف وعــدم الحركة(٦١).

فى سياق البحث عن هوية طبية مصرية، أصبح الدفاع عن الحقبة الإسلامية ورفع شأنها، من القضايا المهمة فى مواجهة إنكار الغرب لهذه الحقبة، بل والحــط من شأن أعمال الأطباء العرب التقليديين. وهنا أيضًا يجدر الإشارة إلى الاكتشافات العلمية، ودور المستشفيات الإسلامية الرائدة، بالإضافة إلى عبقرية الأطباء العرب السابقين، الذين يضمنون استمرار القدرات المماثلة عند أطباء القرن العشرين.

(*) راجع (٣) فى هوامش الأعلام. (المحرر)
(**) راجع (٤) فى هوامش الأعلام. (المحرر)
(***) راجع (٢) فى هوامش الأعلام. (المحرر)
(****) راجع (٧) فى هوامش الأعلام. (المحرر)

بالإشارة إلى بحث أحد الزملاء المقدم إلى المؤتمر الطبى للكليـة الفرنـسية للطب فى بيروت عام ١٩٠٦، يؤكد د. محمود صدقى على القدرات المذهلة لأطباء العصور الوسطى، معطيًا نموذجًا لحالة شلل هيستيرى، أصيبت به إحدى محظيات هارون الرشيد (القرن الثامن)، والتى قام الطبيب "باختايـشوه" (Bakhtaychouh) بتشخيصها وعلاجها على أعلى مستوى علمى، لا يختلف عن مهـارة "شـاركوت" (Charcot) فى تشخيص وعلاج هذا المرض، حتى نكاد نعتقد أننا فـى مستـشفى بباريس، وليس فى بلاط هارون الرشيد[٦٢].

يشهد تاريخ الطب العربى تقدما ملحوظا بفضل مساهمة "ماكس مـايرهوف" (Max Meyerhof) ـ الطبيب والمستشرق الذى ولد فى ألمانيا عـام ١٨٧٤ فـى أسرة يهودية قديمة متعددة الشخصيات العلمية والذى ينجـذب لدراسـة الطـب ـ يصاحب "ماكس مايرهوف" أحد أقربائه "اوتـو مـايرهوف" (Otto Meyerhof)، أستاذ المصريات بكلية ستراسبورج فى رحلة إلى مصر عام ١٩٠٠، حيث يصاب بالدهشة والتأثر من انتشار وتنوع أمراض العيون، فيعود إلى القاهرة مجددًا عـام ١٩٠٣، ويقيم بها لممارسة الطب، حيث يلتحق بجمعية العيون فى مصر ـ التـى تأسست فى عام ١٩٠٢ ـ ثم يعود إلى ألمانيا عام ١٩١٤ بسبب الحـرب، وأثنـاء إقامته فى ألمانيا ـ التى امتدت حتى عام ١٩٢٣ ـ ينغمس فى دراسة علم العيون لدى العرب القدماء ـ وكان قد بدأ فى دراسته هذه منـذ عـام ١٩٠٧ ـ ويـتعلم بسرعة اللغة العربية، بل ويتمكن من معظم اللغات السامية، مما يتيح لـه قـراءة المخطوطات الأصلية التى لم تكن منشورة فى كثير من الأحيان. لدى عودته إلـى القاهرة عام ١٩٢٣، يمارس مجددًا الطب، بالإضافة إلى قيامه بالأبحاث التاريخيـة التى تستمر حتى وفاته فى القاهرة عام ١٩٤٥، ونتيجة لهذا ترك أكثر مـن ٢٦٠ إصدارًا ، خصص ١٠٩ من هذه الإصدارات لدراسة تاريخ الطب العربى[٦٣].

تتميز أعمال "ماكس مايرهوف" بأنها تمت وتبلورت فى القاهرة ذاتها، فقـد أقام علاقات مستمرة مع زملائه من الأطباء المصريين، وحيث كان المجتمع الطبى

لا يزال محدودًا، فقد سهل ذلك إطلاع معظمهم على أبحاثه العلمية ومناقشتها، كما أنه عقد ندوات عديدة فى التجمعات العلمية، ونشر الكثير من أعماله فى نشرة "المعهد المصرى"، التى كان يشارك فيها أيضًا بعض الأسماء الكبيرة فى مهنة الطب المصرى، بالإضافة إلى مساهمته فى نشرات علمية محلية أخرى، ليساهم بذلك فى نشر المعارف عن الطب العربى القديم.

تسلحت مصر منذ ذلك التاريخ بمؤسسات بحثية ساهمت فى إكمال هذه المسيرة، فنلاحظ شغف الدكتور كامل حسين ــ الجراح والفيلسوف ــ بتاريخ الطب العربى القديم، فقد ترك العديد من الأعمال التى تتناول المؤلفات الأصلية للرازى وابن سينا، فترجم كتابه "القانون" (*) إلى اللغة الإنجليزية(٦٤). كما تم إنشاء جمعية عن تاريخ الطب عام ١٩٣٥، ثم تلا ذلك بعدة سنوات إنشاء الجمعية المصرية لتاريخ العلوم.

فى عام ١٩٧٥ نشر أحد أساتذة كلية طب الإسكندرية، باللغة العربية "لمحة عن التراث الطبى العربى"، ولم يتضمن هذا العمل ــ بعكس الأعمال الأخرى التى صدرت خلال هذه الفترة ــ سوى عدد قليل من مراجع المستشرقين، ولكنه احتوى على العديد من المقالات المنشورة فى مجلة الجمعية المصرية لتاريخ العلوم. يشير الكاتب ــ من خلال استخدامه لمصطلح "التراث" ــ إلى الرغبة والإرادة فى استرجاع هذه الحقوق، ليس فقط على المستوى التاريخى، بل على مستوى الحق فى إعادة كتابة هذا التاريخ بقلمه.

نجحت مهنة الطب المصرى فى استعادة تراثها الشرعى، الفرعونى والعربى، لكن ذلك لا يعنى اعترافها بالطب الشعبى، الذى بالرغم من كل شىء كان يدين بجانب من ممارسته لهذا التراث، بل خاضت هذه المهنة فى أوج بلورتها

(*) أشهر كتب ابن سينا فى الطب، وقد ترجم وطبع عدة مرات وظل يُدرس في جامعات أوروبا حتى أواخر القرن التاسع عشر. (المحرر)

لمعارفها التاريخية حربا ضروسا ضد الطب التقليدى، الذى كان لا يزال منتشرًا خاصة فى الريف، حيث استمر كوسيلة علاجية وحيدة متوفرة فى أماكن كثيرة.

وعلى ذلك أصبحنا نشهد محاولات إحلال الطب العلمى، بدلا من الشعوذات الطبية، فنجد خلال انعقاد المؤتمر الدولى للطب الاستوائى والصحة عام ١٩٢٨، مطالب تهدف إلى الاعتراف بالجانب العلمى للطب والأطباء المصريين، ويقام معرض لإظهار هذا المسار الجديد، من خلال صور تظهر الجهود المبذولة من قبل إدارة حماية الطفولة، فى مقابل صور أخرى تظهر سلبيات الوضع التقليدى، بالإضافة إلى الأدوات التى يستخدمونها لإبعاد العين والحسد، كالمناديل والأساور والصنادل الصغيرة والأقفال التى تعلقها الأمهات الجاهلات على صدور الأطفال الصغيرة لحمايتهم من العين والأمراض[٦٥].

لقاء ناجح مع الغرب

يظل مصير الأطباء المصريين مرتبطًا بالغرب بأشكال متعددة، إذ تعتبر القيم التى يتشاركون فيها، والمعرفة القائمة على المهارات فى جانب كبير منها، مستوردة من الغرب، الذى تمتد معه العلاقات بسبب الاحتياجات العلمية التى تتطور باستمرار. تظل أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية مهيمنتين على سبل التقدم والاكتشافات العلمية، فمن أجل المشاركة فى حركة البحث العلمى، يجب التواجد فى المكان ذاته الذى ينتج هذه الحركة، فالتعليم ذاته أكثر عمقًا واتساعًا من المتوفر فى مصر، وبالتالى تضطر الحكومة المصرية إلى إرسال طلابها إلى الجامعات الغربية، من أجل استكمال مجموع الدراسات المطلوبة، والتخصص فى أحد فروع الطب، وينطبق ذلك أيضًا على الطلاب الذين يسافرون على نفقتهم الخاصة. يظل الحصول على شهادات غربية من أهم الضمانات فى مجال السلك الطبى، خاصة داخل الصفوة التى ترتبط بالمؤسسات وبالزملاء الغربيين، مما

يعتبر عملية معقدة للمثاقفة(*)، خاصة وأن هذه العلاقة بدأت منذ قرابة قرن من الزمان.

ولإظهار خصائص مهنة الطب المصرية يمكن تقديم نموذجين، الأول لشخصية حقيقية، والآخر لشخصية متخيلة.

الشخصية الأولى د. نجيب محفوظ، الذى يعتبر مؤسس أمراض النساء والتوليد فى مصر. ولد د. محفوظ بالمنصورة عام ١٨٨٢، فى أسرة ثرية من التجار، التحق بمدرسة الطب عام ١٨٩٨، وهو العام نفسه الذى تم فيه اعتماد اللغة الإنجليزية فى مدرسة الطب. يختار أن يعمل فى مستشفى القصر العينى، ويدخل فيها أول خدمة لأمراض النساء والتوليد، مما يجعله طبيبًا مشهورًا فى هذا المجال. توفى عام ١٩٧٧، تاركًا مذكرات نشرت بالفعل عام ١٩٦٦، يذكر فيها مسار حياته المهنية(٦٦).

أما الشخصية الثانية الدكتور "إبراهيم"، وهى شخصية خيالية من إحدى روايات(٦٧) "جون نيتل" ــ كاتب سويسرى يتحدث اللغة الألمانية، عاش سنوات عديدة متنقلا بين الجزائر وتونس ومصر، استلهم رواياته من الشرق ــ يجسد الكاتب شخصية إبراهيم باعتباره يرفض الاحتلال مع ميل إلى التعايش السلمى، وهو من نفس جيل د. نجيب محفوظ، ، ولكنه ينتمى إلى أسرة متواضعة من أسيوط. يدرس إبراهيم الطب، ويعمل فى العديد من الوظائف العامة المصرية، وينتهى به المطاف جراحًا مشهورًا وثريًا، يقيم فى شارع هارلى، أحد أشهر الشوارع فى لندن(٦٨)

يمكن الربط بين هاتين الشخصيتين، حيث ألهمت الشخصية الأولى الشخصية الثانية بشكل جزئى على الأقل. إن الصورة التى رسمها د. نجيب

(*) تمثل فريق بشرى، كليا أو جزئيا، للقيم الثقافية لفريق آخر .. أقلمة فرد أو تأقلمه مع ثقافة أجنبية متصل بها. (المترجمة)

محفوظ عن نفسه تفوق الشخصيات الروائية، فانبهاره بالنموذج الأوروبي يدفعه إلى المبالغة فى الصفات التى يمنحها إلى ذاته، وهى صفات يعلم أن الأوروبيين يطلبونها من الطبيب. كان الكاتب "جون نيتل" على دراية كبيرة بالوسط الطبى المصرى، مما يضفى على رواياته وشخصياته رونقًا، فقد استطاع أن يتخيلهم فى الإطار المصرى. فقد نجح العديد من الأطباء المصريين خلال ١٩٢٠- ١٩٣٠ فى أن يعكسوا صورة الطبيب الكفء المتمتع بالمهارات والثقافة الرفيعة، والتى كانت شخصية د. إبراهيم تجسيدًا جيدًا لهم.

يوضح مسار هاتين الشخصيتين التناغم الكبير بين الأصول الضاربة بجذورها فى المصرية، والنجاح المهنى المرتبط بعلاقات مع الغرب وبثقافة أجنبية.

تنتمى الشخصيتان المشار إليهما لأقباط مصر، الذين يعتبرون وفق تقاليد مسيحيى مصر "المصريين الأصليين"، وكلاهما من الأرياف حصلا على قسط من التعليم أتاح لهما اختيار مهنة الطب، مما يسمح لهما بالتميز عن الآخرين.

يختار د. نجيب محفوظ مهنة الطب بسبب قراءته لمقالات "المقتطف"[٦٩] التى كان والده مشتركًا فيها، وخاصة المقالات التى تعالج الداروينية، والتى تحكى عن اكتشافات بكتيريا السل للدكتور "كوخ"[٧٠]. أما "إبراهيم" فقد قرر أن يصبح حكيمًا منذ أن كان عمره ست سنوات، فقد انبهر منذ الصغر بالحكماء الكبار المرتدين للبالطو الأبيض، والذين يبسطون نفوذهم على مستشفى أسيوط، هذه المدينة الغامضة الجميلة.

يتشابه مسار تعلم وممارسة المهنة بالنسبة للشخصيتين، وتعتبر مرحلة الكوليرا من الأزمنة المهمة التى يعيشونها. تظهر الكوليرا عام ١٩٠٢ ــ وهو نفس عام انتهاء د. نجيب محفوظ من دراسته فى مدرسة الطب ــ حيث تظهر حالات الكوليرا فى إحدى البلدات بالصعيد، ثم سرعان ما تنتشر فى المنطقة المحيطة كلها، وهنا يتم إرساله مع بقية زملائه إلى المنطقة المنكوبة. وفى المقابل يخوض إبراهيم، بعد المرور بعدة مواقف خيالية، غمار مقاومة الكوليرا.

ترسم مذكرات د. محفوظ صورة البطل الشخصى، فى حين يكتشف إبراهيم، من خلال الأحداث، "البطولة المهنية لزملائه". تذكرنا الكوليرا باستمرار مواجهة مصر لقضايا صحية قد تم تجاوزها فى مناطق أخرى، فيتم إظهار البلاد باعتبارها فى مرحلة متأخرة من حيث علاقتها بالمدنية الحديثة، الذى يعتبر الطب فيها رمزًا للتقدم.

تشترك الشخصيتان أيضا فى اختيارهما لتخصص الجراحة، فيختار الدكتور/ محفوظ تخصص التوليد، حين ساعد فى عملية توليد مستعصية لإحدى السيدات فى عيادة أحد زملائه الخاصة بالإسكندرية، وعندما تنتهى العملية بموت السيدة فى ظروف مؤلمة، يكتشف د. محفوظ فى هذه اللحظة ندرة أطباء التوليد فى مصر، سواء من المصريين أو الأجانب(٧١)، فيختار هذا التخصص ليصبح بعد ذلك أحد رواده. وفى المقابل نجد شخصية إبراهيم، الجراح فى مجال الأورام، طبيبًا نموذجيا ناجحًا فى مجال تخصصه. ينصب اهتمام الطبيبين على مجال اكتشاف الجسد البشرى، فنجد د. محفوظ ــ بالاشتراك مع ثلاثة من زملائه ــ يجرون بشكل سرى أعمال التشريح داخل صالة التشريح بمدرسة الطب ليلا(٧٢)، وفى المقابل نجد د. إبراهيم ــ فى إطار أكثر رومانسية من جهة، وأكثر صعوبة من جهة أخرى ــ يقوم باقتحام مجال التشريح عن طريق تشريح الحيوانات الميتة فى سلخانة أسيوط. لقد تملكتهما الرغبة فى الغوص داخل الجسد البشرى، حتى الوصول إلى الروح، جوهر الإنسانية.

تعتبر الجراحة قبل كل شيء فن الشفاء، وهو فن مهيب ومقدس "دين شديد الروحانية"(٧٣). وبحسب المقولة التقليدية الشائعة، فإن ممارسة هذه العقيدة، تؤدى إلى درجة من الحساسية الشديدة والروحانية، بالإضافة إلى الرغبة فى معرفة العالم والثقافة بالمعنى الواسع للكلمة.

تشكل المعرفة الطبية بالنسبة لإبراهيم ومحفوظ جانبًا واحدًا من جوانب الحياة، إذ يتطلعان إلى آفاق من المعارف أكثر اتساعًا وتنوعًا.

لقد ارتبط د. محفوظ منذ الصغر بالثقافة العربية، من خلال المكتبة الكبيرة التى كان يمتلكها والده، فحفظ عن ظهر قلب مقاطع كثيرة منها، ولكن عند دخوله لمدرسة الطب، اضطر إلى الانتظار فترة زمنية إلى أن تصل هيئة الأساتذة البريطانيين، فاختار قراءة ديكنز ودوما وهوجو. وفيما بعد عندما كان يشغل منصبًا فى مستشفى السويس، خصص أمسيات طويلة للمحادثة مع "أجوستس وايلد" ــ وهو شخصية واسعة الاطلاع، وشقيق الكاتب البريطانى المعروف ــ الذى جاء لتمضية فترة خروجه على المعاش فى هذه المنطقة.

وفى المقابل يسعى د. إبراهيم ــ الذى لم يسعده الحظ كى يترعرع فى مناخ ثقافى ــ إلى تثقيف نفسه بنفسه، فيقوم بجهد لتعليم نفسه اللغة الإنجليزية خلال فترة دراسته الطبية، بالإضافة إلى اللغة الفرنسية، وحين ينتقل إلى الأقاليم مساعد جراح، يقابل سيدة يونانية مولعة بالشعر والموسيقى، فينهل منها المعرفة حتى تصبح روحه الشرقية متشربة بثراء هذا الشعر، ويصبح فى نهاية المطاف واحدًا من أكبر المثقفين الممتلكين لقدر مذهل من المعرفة، ونجد شقته فى لندن "كوفندش سكوير" مكتظة بروائع الأدب والكنوز الفنية. تمر عملية التثقيف والتأثقف(*) من خلال إجادته للغتين الفرنسية والإنجليزية، حيث مكنه ذلك من التعرف على الإنتاج الغربى الرفيع فى الفن والأدب، وهى معارف امتزجت بممارسة علم رفيع المكانة (الطب).

فى مسار الأحداث بعد ذلك نجد اختلافًا طفيفًا بين الشخصيتين، فسرعان ما يتخلى د. محفوظ عن العمل فى الوظيفة بإدارة الصحة العامة، ويركز نشاطه فى السلك الأكاديمى، بينما على العكس من ذلك، يستمر "إبراهيم" فى العمل بأعماق ريف مصر، فى ظل ظروف عمل غاية فى الصعوبة، إلا أنه أخيرًا عندما يقوم

(*) عملية المرور من الثقافة التقليدية إلى الثقافة العلمية والأدبية الغربية. (المترجمة)

بإجراء عملية استئصال ورم لإحدى السيدات الإنجليزيات على متن سفينة في النيل، يتغير مصيره، ويقبل العرض المقدم له بالسفر إلى الخارج، حيث يحقق النجاح.

لا يترك د. محفوظ مصر ولكنه يحقق نجاحه في إطار علاقاته بالأجانب، ففي مذكراته لا نجد أي ذكر لزملائه المصريين، في حين تستمر تعاملاته مع الأطباء الأجانب في القاهرة، ومع الصفوة الكولونيالية التي تشكل العنصر الرئيسي لزبائنه من المرضى، كما نجد امتدادًا لمساره الأكاديمي في الخارج، فيحصل على الزمالة الفخرية للجمعية الملكية للطب عام ١٩٤٧، وينشر مذكراته و"أطلس متحف محفوظ" باللغة الإنجليزية في لندن، ويمضي إجازاته في أوروبا، ويواظب على العلاجات الاستشفائية في منطقة كارلسباد، وأخيرا يختار سويسرا ــ وسط المناظر الخلابة للجبال وبحيرة لوسيرن وأجراس كنيسة القرية ــ ليكتب مذكراته هناك (وهي مناظر طبيعية كما يمكن أن نتخيل مختلفة تمامًا عن المناظر الطبيعية المصرية).

أحدهما يسافر والآخر يظل بمصر، لكن عملية "التأنقف" تكون عميقة جدا عند الاثنين، إذ تشهد هذه العملية الانتقال من الثقافة التقليدية إلى الثقافة العلمية والأدبية الغربية. وبعكس "أديب" ــ الشخصية المعذبة في رواية "طه حسين"(٧٤) ــ الذي يضيع بسبب سفره إلى الغرب، يعتقد كل من "محفوظ" و"إبراهيم" أنهما ربحا من جراء التحالف والتزاوج بين الثقافتين، فالطب كعلم أكثر دقة، ويقدم أرضية التقاء أكثر ثباتًا من الأدب، ومن ثم تعطي عالمية العلم ضمانة ناجحة لالتقاء الأطباء المصريين في تلك المرحلة مع الغرب، ذلك أن العلم يتمتع بدرجة أعلى من الرسوخ مقارنة بالأدب.

وجوه ثقافية لجيل استثنائى

كانت الشخصيات الطبية الكبيرة فى مصر، فى القرن التاسع عشر، من عشاق الآداب والفنون، مثلما كان "د. محفوظ" و"د. إبراهيم" يتمتعان بثراء ثقافى، ويمتلكان ناصية ثقافتين امتلاكًا عميقًا.

أنتجت السنوات الأولى من القرن العشرين وجوهًا ثقافية كبيرة، تركت تأثيرًا واضحًا على المستوى الأدبى، وعلى مستوى الفكر المصرى المعاصر، فقد انغمس هذا الجيل ــ الذى تأثر بالنموذج الغربى ــ وشارك فى عملية تجديد وتحديث الأدب والثقافة فى مصر خلال (١٩٢٠- ١٩٣٠).

ولد أحمد زكى أبو شادى[٧٥] فى التاسع من فبراير عام ١٨٩٢ بحى عابدين، فى أسرة ثرية من المحامين، كان والده نقيبًا للمحامين، ثم أحد أبرز أعضاء حزب الوفد، وكان للأسرة علاقات صداقة مع كبار شعراء تلك المرحلة، مثل حافظ إبراهيم وشوقى، وفيما بعد أصبح "أبو شادى" أحد تلاميذ "مطران"، مؤسس الشعر الحديث الذى كان متواجدًا فى الدوائر الأدبية لوالده. اختط "أبو شادى" طريقًا مشابها لأقرانه فى الطبقات الميسورة، درس فى مدرسة التوفيقية بشبرا، قبل أن يلتحق بمدرسة الطب بالقاهرة، اضطر إلى قطع دراسته سريعًا لأسباب صحية، إلا أنه سافر ليقيم فى بريطانيا عام ١٩١٢ حيث أكمل تعليمه الطبى هناك. فى هذه الأثناء نشر أول دواوينه الشعرية، وبعد حصوله على شهادة فى الطب، عين فى مستشفى "سانت جورج" بلندن، واستمر فى العمل بأحد المعامل الخاصة، ولكونه شغوفًا بتربية النحل، أسس ناديًا أدبيا وأطلق عليه اسم نادى أبيس (اسم أحد أنواع النحل)، كما أطلق على الجريدة اسم عالم النحل، كما شارك فى العديد من الأنشطة الأدبية داخل الأوساط المصرية والبريطانية على السواء.

حين عاد عام ١٩٢٢، عين طبيبًا فى علم الجراثيم بأحد المعامل العامة فى القاهرة، ثم تولى على التوالى ــ من ١٩٢٤ إلى ١٩٢٨ ــ مناصب مدير المعامل

الحكومية بالسويس وبورسعيد والإسكندرية، ونشر ديوانه الثانى "الأفق الباكى" فى أكثر من ألف صفحة مما جعله حدثًا مهما، ومنذ ١٩٢٨ عاد مجددًا إلى القاهرة ليشغل منصبًا بها حتى ١٩٣٤ تاريخ عودته إلى الإسكندرية، حيث شارك فى تأسيس الجامعة هناك، وشغل بها لاحقًا منصب طبيب علم الجراثيم وسكرتيرًا إداريا.

أما إبراهيم ناجى – صديق وتلميذ "أبو شادى" – فولد فى ٣١ ديسمبر ١٨٩٨ بالقاهرة، وكان والده يعمل موظفًا فى إدارة التلغراف، وكان رجلا مثقفًا (علم نفسه بنفسه)، أجاد عدة لغات أجنبية (تعلمها بنفسه أيضًا)، ولذا فقد حث ابنه على قراءة الشعر العربى، وشجعه على قراءة الأدب العربى والغربى. أتم إبراهيم ناجى دراسته الثانوية فى القسم الإنجليزى والعلمى بمدرسة التوفيقية بشبرا، بالإضافة إلى تعلمه للغة الفرنسية بنفسه، بواقع ٣٠ كلمة فى اليوم[٧٦]، ثم التحق بمدرسة الطب بالقاهرة عام ١٩١٨، ليتخرج فيها عام ١٩٢٣، وبعد مكوثه عدة شهور فى وظيفة لعلاج الإنكلستوما فى الريف، شعر بملل كبير[٧٧]، فقام بافتتاح عيادة صغيرة فى حى العتبة بالقاهرة، إلا أنه فشل فى اجتذاب الزبائن من المرضى، مما اضطره إلى قبول وظيفة فى القسم الطبى بإدارة السكك الحديدية بسوهاج أولا ثم بالمنيا وأخيرًا بالمنصورة عام ١٩٢٧، حيث بدأ فى كتابة الشعر فى هذه المدينة الحيوية الأقرب إلى القاهرة، محاطًا فيها بعدد من محبى الثقافة، وفى عام ١٩٣١ رجع إلى القاهرة وهو لا يزال تابعا لإدارة السكك الحديدية، ويبدو أنه أنهى مسيرته المهنية فى مجال الطب النفسى.

كان كل من "أبو شادى" و"إبراهيم ناجى" من رواد الشعر العربى المعاصر، حيث ظل الشعر لفترة طويلة خارج نطاق التحديث الأدبى، ذلك التحديث الذى كان وليد حركة النهضة. وكانت سيطرة "شوقى" و"أبو شادى" على الحياة الشعرية حتى الثلاثينيات من القرن العشرين من أسباب لوم "طه حسين" لهما[٧٨]، حيث رأى أنهما ظلا على نفس درب الشعر العربى التقليدى، فى استخدامهما للصور الشعرية

القديمة، مثل الإبل والسيوف والخيام. ولم يبدأ الشعر الولوج إلى الحداثة إلا مع نشر ديوان "خليل مطران" عام ١٩٠٨، الذى يعتبر وريث المدرسة الرومانسية الفرنسية، فنجد اتساعًا فى مصادر الإلهام عنده، مكنته من تجاوز الموروثات القديمة الحصينة حتى هذه المرحلة.

يجد هذا التيار الشعرى الحديث قناة للتعبير عن ذاته من خلال جماعة أبوللو، وجريدتها التى تحمل الاسم نفسه[٧٩]، والتى تأسست عام ١٩٣٢ على يد "أحمد زكى أبو شادى"، ثم رأسها بعد ذلك "أحمد شوقى" أمير الشعراء ثم "مطران" من بعده، وأصبح "ناجى" بعد عودته من الخارج أحد النشطاء البارزين فيها، كما نشر ديوانه الأول فى مجلة أبوللو عام ١٩٣٤.

كان هذا التيار يدافع عن الشعر الرومانسى، المتأثر بالمدرسة الرومانسية الأوروبية، التى تعلى من شأن الجمال والطبيعة، وتفسح لهما مكانة رئيسية فى الشعر لم تكن معروفة فى الشعر العربى الكلاسيكى. لقد كان التأثير الأوروبى شديد الوطأة على هؤلاء الرجال "المتأثقفين" الذين يجيدون العديد من اللغات الأجنبية، والذين يستطيعون وهم فى مصر قراءة النصوص الجديدة فى لغتها الأم. فناجى مثلاً، كان كتاب ديفيد كوبرفيلد لديكنز — وهو هدية نجاحه فى المرحلة الابتدائية — سببًا فى تجلى رؤيته (كما يشير فى مذكراته) وسببًا فى إصابته بداء الرومانسية التى ستجعل منه شاعر الرومانسية فيما بعد (الغزل). الرومانسيون الفرنسيون، أمثال موسيه وهوجو ولامارتين ومن بعدهم بودلير، ومن الإنجليز أمثال شكسبير — الذى احتل مكانة متميزة فى وجدان المفكرين المصريين — لعبوا دورًا كبيرًا فى إلهام المفكرين والأدباء المصريين، سواء على مستوى الموضوعات أو على مستوى الإيقاع، فقام الكثير من جماعة أبوللو بترجمة أعمال العظماء الأوروبيين[٨٠]، فأبو شادى ترجم العاصفة لشكسبير، وإبراهيم ناجى ترجم الجريمة والعقاب، بالإضافة إلى أعمال الشاعر الانجليزى شيللى، والفرنسيين ألفريد دو موسيه وبودلير.

يظهر إنتاج هؤلاء الرجال قدراتهم على الانتقاء الدقيق، وامتلاكهم لناصية ثقافتهم، وهذا ما نلحظه خاصة لدى "ناجى" الذى أنتج إلى جانب الشعر أعمالا أخرى غير شعرية، منها "رسالة الحياة"(٨١)، والتى يكرس من خلالها فصلا كاملا للدفاع عن المفهوم الجديد للثقافة، ليضفى عليها اتساعًا وشمولا لم يعالج من قبل بهذا الأسلوب فى التراث العربى، متضمناً التخصصات الجديدة مثل الموسيقى والغناء والهندسة(٨٢).

قام "ناجى" برسم ملامح الفنان الجديد، الفنان صاحب الرؤية، المشارك فى صياغة حياته وعلاقاته العاطفية، ويمكن اقتفاء خطى هذا الفنان على ثلاثة أصعدة، الخبرة المكتسبة من خلال المشاركة الاجتماعية والعاطفية، والتعبير عن هذه المشاعر من خلال اللغة الشعرية، وأخيرًا عملية النقل القائمة على إخراج الضمير الداخلى إلى العالم الخارجى، حيث يرى أن العالمية هى "الرسالة" الحقيقية للفنان(٨٣).

وفى المؤلف نفسه يعالج "ناجى" فى فصلين آخرين، مصيرى سقراط وأفلاطون، وفى هذين الفصلين يبحر الكاتب فى "المفهوم الإنسانى الإغريقى"، ذلك المفهوم الذى يتخيله فى إطار من الديمقراطية. وفى مناطق أخرى من الكتاب، يقدم الكاتب ترجمات لـ "بيراندللو" و"انونزى"(٨٤)، كما أنه يبشر بولادة النقد الأدبى الحقيقى فى مصر، بالإضافة إلى مناقشات مطولة حول الأدبين الإنجليزى والروسى، فيرى الكاتب أن الأدب الروسى أدب شديد الأهمية، حيث إنه يطرح قضية السلوك الإنسانى دون الفصل بين الأخلاق والمنطق، بعكس أنصار التيار الأخلاقى الذين يفصلون بين المجالين(٨٥).

استطاعت جماعة أبوللو ــ والمجلة الصادرة عنها ــ لبضع سنوات، أن تعبر بشكل أساسى عن تيار الحداثة فى الشعر المصرى، وساهمت فى الجمع بين التراث الكلاسيكى والتأثيرات الأجنبية، غير أن المجلة توقفت عن الصدور منذ عام ١٩٣٤، ويرجع "أبو شادى" إلى الإسكندرية، ليكمل أنشطته الأدبية داخل العديد من

الجمعيات الأدبية هناك، لكن النهاية السريعة لأبوللو أثرت عليـــه بـــشدة. أمـــا "د. حسين فوزى" فقد كرس وقت فراغه فى البداية لقراءة الفلسفة والاهتمام بالموسيقى الكلاسيكية. ولد "د. فوزى" فى القاهرة عام ١٩٠٠، فى أسرة ميسورة محبة للفنون والآداب، والتحق بكلية الطب عام ١٩١٨، لأنه لم يجد فى نظام التعليم المـــصرى الإمكانية المناسبة لاستيعاب ولعه وشغفه بالأدب. وبسبب الأحـــداث والإضـــرابات التى صاحبت ثورة ١٩١٩، شهدت السنة الدراســـية الأولـــى لـــه بكليـــة الطـــب اضطرابًا، مما أتاح له الفرصة لقراءة ودراسة الموسيقى، التى وقع فى غرامها منذ طفولته، وهو يستمع إليها تنبعث من كشك الموسيقى بالأزبكية(٨٦).

يتخرج فى مدرسة الطب عام ١٩٢٣، ويشغل مناصب مختلفة لمدة عـــامين فى مستشفيات العيون بالقاهرة، قبل أن يتم إرساله إلى الأقاليم فى طنطا والمحلـــة الكبرى وبنها، وأخيرًا يقرر السفر إلى أوروبا لاستكمال دراسته، ويرى فـــى هـــذا الاختيار ضرورة لنقل المعارف، من أجل المساهمة فى التنمية الوطنية للبلاد. يظل من ١٩٢٥ إلى ١٩٣١ متنقلا بين باريس وتولوز، بغرض الدراسة فى تخصـــصه النادر، علم الكائنات البحرية، وخلال إقامته فى أوروبا يكتب كتاب "ســـندباد إلـــى الغرب"، الذى يقارنه بعمل الطهطاوى "تخليص الإبريز"، وفيه يستعرض الرغبـــة فى تحقيق إصلاح اجتماعى فى بلاده بعدما شاهد أوروبا.

حين عاد "د. فوزى" إلى القاهرة، تم اختياره كطبيـــب عـــالم بالمحيطـــات، ليكون ضمن فريق إحدى السفن العلمية المرسلة فى مهمة دراسية عام ١٩٣٣ إلى البحر الأحمر والمحيط الهندى، وتثمر هذه الرحلة ـــ التى استمرت تسعة أشـــهر، زار خلالها الهند ـــ فيضع رواية يكون"سندباد" بطلها مجددا(٨٧). يعود "د.فـــوزى" مرة أخرى إلى الهند عام ١٩٧٠ ـــ بمناسبة انعقاد المؤتمر الأفروآسيوى للكتـــاب فى نيودلهى ـــ فيكتب كتابًا جديدًا، يعترف فيه بأن الحضارة الشرقية تظـــل أكثـــر غموضا من الحضارة الغربية(٨٨).

يستمر "د. فوزى" فى القيام بأنشطته العلمية فى مصر، فيقوم بتدريس علـــم

الأحياء فى كلية الطب بالقاهرة، بالإضافة إلى إشرافه على البعثات التعليمية إلى فرنسا، ورئاسته للأبحاث الخاصة بتربية الأسماك، ثم يصبح أول عميد لكلية العلوم عند أنشاء جامعة الإسكندرية عام ١٩٤٠، ورئيسًا لمعهد علم المحيطات بقايتباى، وأثناء الحرب العالمية الثانية يقفل هذا المعهد، فيصاب الدكتور حسين فوزى بالإحباط، ويكرس نشاطه كليا فيما بعد للأنشطة الثقافية، وخاصة الموسيقى، ويرجع له الفضل فى إنشاء أوركسترا القاهرة. وبعد ثورة ١٩٥٢ (وهو المدافع القوى عنها) يشغل منصب نائب سكرتير الدولة بوزارة الثقافة، وفى عام ١٩٦١ ينشر أهم أعماله "السندباد المصرى"(٨٩)، الذى يقوم من خلاله باستعراض الشخصية المصرية واستمراريتها عبر الزمن، مدافعا عن ثرائها الثقافى من خلال علاقتها بالثقافة الغربية، وينال عام ١٩٦٦ جائزة الدولة عن مجمل أعماله، وهى أعلى الجوائز الأدبية على مستوى الدولة.

أما محمد كامل حسين فولد بقرية بالمنوفية عام ١٩٠١(٩٠)، وكان والده مثقفًا أزهريا تقليديا، وصديق "محمد عبده"، وكان مدرس اللغة العربية فى القرية، وبعد وفاة الوالد بشكل فجائى، تحمل أحد الأعمام مسئولية الأسرة، وكان يعمل بالمحاماة فى القاهرة. بدأ محمد كامل دراسته الابتدائية فى القاهرة، وتعرف عن قرب على الثقافة العربية، ثم حصل على الباكالوريا، محرزًا المركز الأول على مستوى البلاد، والتحق بكلية الطب عام ١٩١٨، وقد زامل حسين فوزى ودرسا الفرنسية فى أوقات فراغهما معًا فى مدرسة برليتز بالقاهرة، التى كانت تفتح فصلا خاصا لبعض طلاب الطب، تخرج فى قصر العينى عام ١٩٢٣، ليزاول المهنة لبعض الوقت فى المستشفى الجامعى بالقاهرة، ثم فى طنطا قبل أن يسافر إلى إنجلترا عام ١٩٢٦، ليستكمل دراسته فى تخصص جراحة تقويم العظام فى جامعة ليفربول. أثناء إقامته بإنجلترا، راسل مجلة "السياسة" التى أسسها محمد حسين هيكل، فظهر إمضاؤه بجانب إمضاء طه حسين الذى أصبح صديقا له فيما بعد(٩١).

عاد "محمد كامل حسين" إلى القاهرة عام ١٩٣٠، وقد بلغ من العمر تسعًا

وعشرين سنة، فقام بتدريس الجراحة فى كلية طب قصر العينى، واستمر فى منصبه حتى ١٩٥٠، حيث عينه طه حسين، وزير المعارف آنذاك، رئيسًا لجامعة عين شمس الجديدة. يعتبر محمد كامل مؤسس جراحة العظام فى مصر، وكان الجراح الخاص للملك فاروق، امتلك عيادة خاصة فى وسط البلد، وساهم بدور فعال فى إنشاء مستشفى الهلال الأحمر المتخصص فى مجال الحوادث والحالات الطارئة.

نشر عام ١٩٥١ أول أعماله "متنوعات"، وهى مجموعة من المقالات وأعمال المؤتمرات حول قضايا متنوعة، وفى أعقاب الثورة استقال من منصبه كرئيس لجامعة عين شمس، وكرس حياته للأنشطة الثقافية، فنشر عام ١٩٥٤ "القرية الظالمة"[٩٢]، وهو عمل فلسفى يقوم خلاله لأول مرة مفكر مسلم بتفسير الجمعة المقدسة ومحاكمة المسيح متناولا مفهوم الخطيئة.

تدور الفكرة الرئيسية لهذا الكتاب حول "إمكانية قيام المجتمع بارتكاب جرائم لا تقع مسئوليتها على شخص بعينه(...)، حيث يمكن للمجتمع بسهولة وباستمرارية، أن يحدث ضررًا يفوق ما يمكن أن يحدثه الفرد، إذ إن أخلاقيات الفرد تفوق أخلاقيات المجتمع"[٩٣]. تتم ترجمة هذا العمل إلى عدة لغات أجنبية، ويحصل على جائزة الدولة للآداب عام ١٩٥٧ ــ بالرغم من الاعتراض المستتر للأزهر ــ وقد درس هذا العمل فى بعض أقسام جامعة القاهرة والإسكندرية[٩٤].

كتب "محمد كامل حسين" أعمالا أخرى ذات طبيعة فلسفية، مثل "وحدة المعرفة"[٩٥] الذى اعتبر أول عمل مصرى عن فلسفة المعرفة، و" الوادى المقدس"[٩٦] الذى يستمر فى التأكيد من خلاله على اتساع ثقافته الإنسانية والألوهية الصافية. وكان شغوفًا بالتاريخ، فكتب العديد من الأعمال عن العصور الإسلامية الوسطى، وعن تاريخ الأدب العربى، الذى حاول تقريبه إلى الجمهور الجديد، بالإضافة إلى تاريخ الطب العربى، كما أنه رفض التيار الذى يحاول البحث عن علاقات علمية مبسطة فى القرآن، كما أنه قدم تفسيرًا حديثًا له[٩٧]، ودافع عن

ضرورة تبسيط تعليم اللغة العربية، رغم ما يحمله ذلك من خطر تعرضه للهجوم(٩٨).

يمكن اعتبار كل هؤلاء بمثابة وسطاء ثقافيين، فبالرغم من تكوينهم الأوروبى، إلا أنهم لم ينفصلوا عن جذورهم الثقافية، وبالرغم من أسفارهم الكثيرة، إلا أنهم انكبوا فى النهاية على الشخصية المصرية وتاريخ الأدب العربى. ومن جهة أخرى فإن ازدواجية التكوين الثقافى، وإجادتهم للغات الأجنبية، ومعرفتهم بالغرب، وتأملاتهم الفكرية غير الدجمائية، كل هذا ساهم فى سهولة وصولهم إلى الجمهور الغربى. ويعتبر "حسين كامل" أحد النماذج الجيدة لهذا النمط، فبعض أعماله مثل "المدينة الظالمة" قد تكون معروفة فى الغرب أكثر منها فى وطنه، كما أنه شارك باستمرار فى بعض اللقاءات الدولية.

تقوم إمكانية هذا الحوار فى الأساس على أنشطتهم القائمة على الحداثة، فاختياراتهم الفكرية والأدبية والعلمية قائمة على الحداثة، بالإضافة إلى كونهم جميعًا من الأطباء، وهو اختيار يوحى بوجود رغبة عميقة فى الالتحاق بالجانب الإيجابى من العلوم. يطرح "حسين كامل" نفسه باعتباره طبيبًا وجراحًا وأستاذًا فى المقام الأول، ثم يشير إلى أنشطته الأدبية والفلسفية باعتبارها "هوايات". أما "ناجى" فيجد رابطًا بين كل من الطب والأدب، فيحب أن يشير إلى عظماء الأدب الغربى مثل جورج دوهاميل، بل يرى نفسه مخلوقًا ذا قلبين، قلب طبيب وقلب شاعر، فقلب الطبيب مفعم بالمشاعر والأحاسيس، وقلب الشاعر يعبر عنها(٩٩). والطبيب، بالنسبة له، يمتلك خبرة إنسانية خاصة، "المرضى ليسوا مجرد حالات" ـــ كما يقول العديد من الأطباء ـــ وإنما هم أناس، والعلاج لا يكمن فى الروشتة، وإنما فى فهم هذا الإنسان(١٠٠). هذه الخبرة الخاصة لها تبعات اجتماعية وعاطفية، تحمله تبعات الدور الذى تحدث عنه بالنسبة للفنان صاحب الرؤية. ويعتبر "حسين فوزى" هذا الدور المزدوج أكثر تناقضًا، إذ إنه كان فى الأساس شغوفًا بالفن والأدب، والظروف هى التى قادته إلى دراسة الطب التى بدأها فى البداية دون حماس،

ولكنه منذ ١٩٢٧ بدأ اهتمامه الفعلى بالعلوم والأبحاث أثناء منحته الدراسية بمعمل روسكوف البحرى بإنجلترا، ومنذ هذا التاريخ جمع بين الفن والأدب والعلـم فـى بوتقة "الحب"(١٠١)، وهو أخيرًا يمتلك "الوجود الكامل"، بالإضافة إلى انـه يـسخر تكوينه العلمى لصالح أنشطته الفكرية، "ما يظل معى من دراسة الطب هـو حـب التحليل (الفحص) والتشخيص لكل ما يدور فى حياتى على المـستوى الفـردى أو الاجتماعى وفى السياسة والفن والأدب"(١٠٢).

يرجع هذا الربط المتكرر بين الطب والأدب جزئيا إلى التقليد القـديم لتلـك المرحلة التى تحصر مهنة الطب داخل الفئة البرجوازية، المتعلمـة و"المتأنقفـة"، بالإضافة إلى اعتبار هذين التخصصين بمثابة "فن"، مما ينسج بينهما علاقة ممتدة. إلا أن هذا الاهتمام المزدوج يرجع بالأساس إلى محدودية نظام التعليم المصرى فى الربع الأول من القرن العشرين، إذ إنه بالفعل وحتى إنشاء الجامعة عام ١٩٢٥ — التى أتاحت دراسة الآداب — لم يكن أمام الطلاب الذين اختاروا القسم الأدبـى إلا مدرسة الحقوق، مما يعنى ضمنيا إجادة اللغة الفرنسية أكثر من اللغة الإنجليزية.

فى مثل هذه الظروف لم يسع الطلاب غير الراغبين فى الالتحاق بمدرسـة الحقوق — والذين يريدون المزيد من الاختيارات الأدبية المتاحة — إلا الدخول إلى القسم العلمى الأكثر عقلانية، حتى وإن لم يكن هذا يشبع الرغبات الأدبية لهـؤلاء الطلاب.

ولهذا فقد أخرجت مهنة الطب الكثير من الكتاب والفنانين، فنجد اليوم مـثلا أن أول مدير للأوبرا الجديدة التى افتتحت عام ١٩٩٠ إنما هـو مؤلـف موسـيقى معاصر، وجراح معروف، وأستاذ بكلية الطب جامعة الأزهر. تظل المهنة بـشكل أو بآخر مرتبطة بالجذور البرجوازية والثقافية، غير أن التنوع فى النظام التعليمى، وظهور العديد من الفروع والتخصصات الأدبية، قلل من توجه خيـرة العناصـر باتجاه دراسة الطب، مما يستحيل معه إعادة إنتاج جيل يضاهى الجيل المتخرج عام

١٩١٨. وأخيرًا فإن تدهور شروط ومناخ الممارسة الطبية ــ التي يصعب اعتبارها اليوم "فنا" ــ يرتبط نوعًا ما بتهميش صورة الطبيب.

لقد ارتبطت مهنة الطب منذ نهاية القرن التاسع عشر بالتفوق الاجتماعي والثقافي، ففي الثلاثينيات من القرن العشرين كانت صورة الطبيب نموذجية، وهي في الأغلب صورة لجراح متفوق ومثقف يمتلك ناصية ثقافتين محلية وغربية، يستطيع التعبير عن نفسه من خلال بعض الشخصيات المعروفة، ليطغى بذلك على صورة طبيب الأرياف الذي لا يقوى على التواجد وفرض الذات.

الأطباء والريف

طبيب الأرياف
صورة رومانسية غير حقيقية

كيف يتأتى في بلاد معظم سكانها يقطنون الريف، ألا نجد إلا مصادر محدودة تشير وتتحدث عن علاقة الطبيب بالعالم الريفي، بالرغم من أن الهدف الأول كان علاج هذا الجمهور الريفي. فلا نجد في هذا الصدد إلا مذكرات لثلاثة أطباء مارسوا المهنة خلال الفترة (١٩٢٠ – ١٩٤٠)، وبعض المجلات التي تتحدث عن هذه السنوات التي كرس فيها الأطباء أنفسهم لعلاج سكان الأقاليم .

أول هؤلاء الأطباء هو "كامل يعقوب" الذي سطر في مجلته "يوميات طبيب"[١٠٣]، الصورة المثلى، الرومانسية، الخيالية لطبيب الأرياف. فنجده قد ابتعد قليلا عن صورة الطبيب المثقف، حيث يؤكد في هذا العمل "أنه ليس بأديب، وإن كان يأمل ذلك، ولكن لكونه الطبيب المحب لمهنته فإنه ينغمس فيها تماما"[١٠٤]. عند خروجه من مدرسة الطب بالقاهرة أثناء الحرب العالمية الأولى، أرسل إلى منطقة قناة السويس، حيث عمل كمساعد لأحد الأطباء الإنجليز، فاكتسب فن التشخيص

والجراحة، ومع نهاية الحرب عين من قبل إدارة الصحة العامة فى أحد المناصب بالأرياف، فى إحدى مدن مراكز الدلتا. تترك هذه المرحلة ذكريات مؤثرة فى نفسه، ذكريات تحمل عددًا من الصور الخيالية، فيذكر أن أطباء الأرياف قليلو العدد، ولكنهم أطباء عموميون ماهرون فى كافة التخصصات الطبية، يكتبون على اللافتات المعلقة أمام عياداتهم التخصصات التى يجيدونها، "الطب العام والجراحة والرمد وأمراض النساء". كان الكاتب يستخدم كل المؤثرات الفولكلورية لطبيب الأرياف النموذجى، فيصفه باعتباره رجلا يقوم بإجراء العمليات والعلاجات اللازمة بإمكانيات محدودة،لا يأكل إلا القليل قبل أن يمتطى الحمار ممسكًا اللجام بيد وعدة الطبيب باليد الأخرى، متوجهًا إلى إحدى القرى البعيدة لإسعاف أحد الرجال المصابين أو إحدى السيدات اللاتى يوشكن على الإنجاب(١٠٥).

بعد القيام بعملية الولادة فى أحد البيوت القذرة، ذات الحجرة الواحدة وسط الدجاج، يعود الطبيب أدراجه بعد أن يكون قد قطع حوالى عشرين كيلومترا على ظهر المطية، فيتناول عشاءه ثم يمضى بعد الوقت بين كتبه للقراءة، وأخيرًا عندما يحين موعد النوم، يبدأ بعض الفلاحين بالطرق على بابه وهم يحملون أحد المصابين... فينزل بلباس نومه لإجراء عملية بتر أحد الأعضاء على ضوء لمبة جاز(١٠٦).

أمضى "كامل يعقوب" خمسة عشر عامًا فى الأرياف، حيث "تعلم الاعتماد على نفسه فقط فى كل الأحوال وفى أصعب الظروف، واكتسب خبرة كبيرة فى كافة المجالات الطبية، خبرة كفيلة برفعه إلى قمة النجاح فى حالة ممارسته للمهنة فى القاهرة أو الإسكندرية(١٠٧). ولكن بخلاف هذه الصورة الرومانسية لطبيب الأرياف التى يشير إليها فى مذكراته، لا نجد أية مؤشرات لتأثيرات أخرى مكتسبة من إقامته فى الأرياف، حتى إن الطرائف التى يشير إليها، تكون فى أغلبها مستلهمة من خبرته كطبيب فى المدينة، التى عاد إليها عام ١٩٣٦.

أما ثانى هؤلاء الأطباء، الدكتور "كورنيليوس بقطر" فيروى فى يومياته

"يوميات طبيب فى الأرياف"[١٠٨]، خبرته القصيرة كطبيب ليبرالى مقيم فى بلدة مصرية عام ١٩٣٢، فنجده أكثر شغفًا من "د. يعقوب" بالمحيط الذى يعيش فيه، فيروى عن مسيرته الشخصية التى بدأت بالرغبة فى إحراز النجاح الذاتى، وتحوله إلى الاهتمام بحركة الإصلاح الاجتماعى فى الأرياف، وإن كان كل ذلك مشوبًا بالتشاؤم.

يفتح عيادته الخاصة لدى وصوله إلى إحدى القرى، لكنه يشتكى من قلة الزوار، ومن خلال هذه العيادة يعيد اكتشاف القرية، حيث تزول كل الصور الرومانسية عن الريف بعكس "د.يعقوب"، فهو يرى الحياة فى القرية ثابتة كالمياه الآسنة ذات الرائحة الكريهة، فالأيام تتشابه، والوجوه تتكرر، والفلاحون لا يتغيرون مثلهم مثل الأصوات التى تصله عبر النافذة، "مرضاى أيضا لا يتغيرون منذ عدة أيام... جهلاء ومتسخون"[١٠٩].

حين ينفد صبره انتظارًا للمرضى، يتوجه إلى المقهى حيث يكشف له أحد الزملاء عن سر النجاح فى الطب، الإنسان بطبيعته تاجر، والطب هو تجارة فى الجسد البشرى، كما يكشف له زميله عن كيفية الاستفادة من السماسرة لجذب المرضى إلى العيادة. يقتنع "د. بقطر" بهذا الطب التجارى، ويسلك هذا المسلك رغم تأنيب الضمير، مما يحقق له بالفعل المكسب المادى، إلا أنه من خلال هذا الأسلوب أيضًا يصطدم بحالة الفقر التى يعيشها الفلاح، ويكتشف عجزه عن فهمها والتعامل معها.

وأخيرا نجد فى مؤلف "د. محمد فخر الدين السبكى"، "مذكرات طبيب فى الأرياف"[١١٠]، تحليلا عرقيا عن عالم الريف، وهذا المؤلف رغم محدوديته وعدم شهرته، إلا أنه من الممكن وضعه فى نفس أهمية مؤلف "الأب عيروت" الشهير[١١١].

عين "د. السبكى" عام ١٩٢٩ مفتشًا للصحة فى أحد المراكز بالصعيد، ودون من خلال مذكراته مراقبته للوسط الاجتماعى الذى تواجد فيه، فقدم لنا عملا دقيقًا

عن طبيعة وأخلاق الفلاحين، وتصوراتهم عن الأمراض، والخرافات التي يعيشونها، وعاداتهم واحتفالاتهم التي تميز إيقاع حياتهم.

تشترك هذه الأعمال في تذكيرنا بأن الممارسة الطبية في الريف ليست إلا خطوة في الحياة المهنية للأطباء. فبعد مكوثه خمسة عشر عامًا في الأرياف، يعين "د. يعقوب" في القاهرة عام ١٩٣٦ في منصب تابع لوزارة الصحة، وحيث إنه تخصص في الطب الباطني بطريقة ذاتية، يفتح عيادة خاصة ويحقق سمعة طيبة. أما "د. بقطر" فلا يمضي في الريف أكثر من عام ونصف العام، ثم نجده بشكل فجائي – دون أن يعطي لنا تفسيرًا – يعمل بأحد المعامل المتخصصة في أبحاث الجراثيم الموجودة في المدينة، حيث يفضل التعامل اليومي مع الفطريات والميكروبات. بينما تظل مسيرة "د. السبكي" مجهولة لدينا، ففي عام ١٩٤٠ يشغل منصب طبيب في مركز أبحاث عن الملاريا بضواحي العاصمة – الذي أصبح الآن حي الدقي بالقاهرة – حيث يكتب مذكراته عام ١٩٤٦، وبعد مرور حوالي عشرين عامًا منذ تعيينه في الأقاليم، يعتقد أنه اقترب من العاصمة ليستقر أخيرًا في حي الدقي، حيث تزدهر العيادات الخاصة.

كتب الأطباء الثلاثة مذكراتهم في مرحلة خروجهم على المعاش، ويمكن القول إنهم استطاعوا أن يحققوا النجاح في الحصول على "حياة مريحة في العاصمة"، كما يحلم الأطباء عادة.

الفلاح غير المفهوم

سواء أكانت المناصب الخاصة بوزارة الصحة اختيارًا أم صدفة، فإن الدخول إلى المناخ الفلاحي يعد دومًا صدمة للقادمين الجدد. ينتمي هؤلاء الأطباء في معظم الأحيان إلى عائلات حضرية، أو على أقل تقدير اضطروا نظرًا لظروف الدراسة إلى الإقامة في القاهرة، حيث تعلموا ليس فقط الطب، بل أيضًا تشربوا

القوانين الاجتماعية التى تصبغ العلاقات فى الأوساط البرجوازية المدنية، ويمكن القول إن العمل فى الأرياف يمثل بالنسبة لهم انقطاعا عن علاقاتهم المدينية، يدفعهم إلى التساؤل عن القيم التى يعرفونها وعن ماهية وجودهم. يمضى "د. بقطر" الشهور الأولى فى التجوال والقراءة والكتابة عن العالم الغريب الذى يكتشفه، أما بالنسبة للدكتور السبكى فتعتبر هذه المرحلة بمثابة اكتشاف لهذا المحيط الجديد من حوله، فيقول "بمجرد وصولى إلى الأرياف، بدأت مرحلة جديدة فى حياتى الاجتماعية، فقد رأيت ما لم أكن أتوقع، وسمعت ما لم أسمع من قبل"(١١٢).

فالأمر بالنسبة لهم كان بمثابة دخول إلى عالم مجهول، حيث يصدمون حين يكتشفون رويدًا رويدًا هذا العالم الآخر من المصريين، فهم مصريون مثلهم غير أنهم يختلفون كل الاختلاف عنهم. فالمناخ غير صحى، والقرى مليئة بالحشرات الناقلة للأمراض، وبالعقارب وبالثعابين، قرى قبيحة وقذرة، منازلها مكدسة على طول شريط ضيق ملتو، وبعكس الصورة الفلكلورية للطبيب الراكب على الحمار، يمتلك "د. السبكى" سيارة للانتقال خلال زياراته للمرضى، إلا أنه يفضل أن يتركها خارج القرية ويسير على قدميه، أو يمتطى ركوبة تخص مرضاه، فعلاوة على طرق المواصلات الصعبة غير الممهدة، هو يخشى أن تتعرض سيارته للهجوم من قبل الأطفال، سواء بإلقاء الطين عليها أو التعلق بها لبعض الأمتار، وفى الحقيقة كل شىء يحدث ينم عن رفض القرية لهذه السيارة التى تعتبر فى الغالب مظهرًا من مظاهر الحداثة.

لا تقل عادات الفلاحين غرابة عن الأماكن التى يعيشون فيها، يندهش هؤلاء الأطباء لطريقة ولادة السيدات على أيدى " الدايات"، فمشهد مثل وفاة إحدى السيدات بسبب التيتانوس، ووضع "الداية" للرماد على جرحها بعد ذلك، يتسبب فى تحرك الوعى الاجتماعى الإصلاحى لدى "د. بقطر"، فهو يثور على مثل هذه التصرفات، ولا يفهم منطقها. ويعجز أيضا "د. السبكى" على فهم اهتمام الفلاح بفترة حمل ماشيته أكثر من اهتمامه بفترة حمل زوجته، فوفاة بقرته تعد بالنسبة له

أكثر قسوة من وفاة زوجته[١١٣]، كما يرى أن بعض التصرفات الأسرية مشينة للغاية، مثل تلك العادة التى تتبعها الأمهات بعد الفطام، حيث تمضغ الأم أكل الطفل بفمها قبل أن تعطيه له، وهذا تصرف يراه الطبيب تصرفًا نموذجيا لنقل الأمراض، بينما "تعجب الأم لذبول طفلها وموته رغم تناوله لهذا الطعام"[١١٤].

إن التحليل العرقى المحايد والموضوعى الذى يقوم به "د. السبكى" يتحول إلى اتهام حين يتعلق الأمر بأحد المواضيع الطبية، فكل التقاليد والأفعال التى يقوم بها الفلاحون فى هذا المجال تتعارض تمامًا وقناعاته الصحية التى اكتسبها من التعليم فى كلية الطب.

لا يستوعب البتة كل من "د. بقطر" و"د. السبكى" المنطق الفلاحى، بالرغم من مراقبتهم الحياة الريفية عن كثب، فنجد فى كتاباتهم مزيجًا من الاحتقار للفلاحين والتعاطف معهم، وبرغم اشتراكهم فى لغة واحدة، يظل التواصل مع العالم المغلق للفلاحين شبه منعدم.

يصف "د. بقطر" المناخ الذى يعمل من خلاله فى تلك القرية المغلفة بالصمت: "يدخل الواحد تلو الآخر، فأقوم بتنظيف القاذورات العالقة بالجلد، بواسطة قطن مبلل بصبغة اليود، ثم أقوم بإعطائه الحقنة والدواء، وقبل أن أنتهى من عملى يتركنى ويختفى، كما لو كنا نقوم بأداء أدوار فى أحد الأفلام الصامتة"[١١٥]. ومع الوقت يزداد التفاعل مع المرضى ولكن ليؤكد عدم الفهم المشترك، فكلا من "د. بقطر" و"د. السبكى" يشيران إلى إحجام الفلاح عن الكشف عما يشعر به، فمن وجهة نظر الفلاحين على الطبيب أن يعرف وحده ما بهم، وعليه – حتى يكسب ثقة القرية – أن يعرف الأعراض وحده دون توجيه أسئلة للمرضى.

ومما يثير استياء الأطباء بشدة، كثرة الأكاذيب التى يلجأ إليها الفلاح، وقد أعطى كل من "د. بقطر" و"د. السبكى" أمثلة كثيرة على ذلك، فالفلاح بالنسبة لهم كاذب وخبيث، وهما لا يفهمان سبب ذلك، وخصوصًا حين تعيق هذه التصرفات

ممارسة المهنة، فيتساءل "د. السبكى": "من أين جاء هذا الحب للكذب؟ فحتى عندما نسأل الفلاح عن أسمه يقول رمضان، فى حين أن اسمه شعبان، وفى أثناء الكشف الطبى تتباين الإجابات، فينتهى الأمر بعدم فهم الحالة"(١١٦).

ومن جهة أخرى يعتبر "د. السبكى" أن البلادة التى يعانى منها الفلاح، من جراء الأمراض المتوطنة، تسبب عدم القدرة على التواصل، ويقدم لنا نموذجًا لهذا الحوار مع أحد المرضى:

– اسمك؟

– هيه!...

– ما اسمك؟

– اسمى خلف

– ما اسم والدك؟

– هيه! ..

– والدك، ما اسمه؟

– من؟

– والدك

– والدى أنا؟

– نعم والدك أنت، ما اسمه؟

– اسمه رمضان

– كم عمرك؟

– هيه! ...

- كم عمرك؟

- من؟

- أنت، كم عمرك؟

- أنا؟..

- نعم ، أنت، كم عمرك؟

- لا أعرف .

فى مثل تلك الظروف، ولمواجهة الصعوبات التى تعترى الحوار، يتطوع التمرجى لإنقاذ الموقف والقيام بالترجمة(١١٧) حيث إنه يتكلم "اللغة" نفسها، مما يساعد الطبيب كثيرًا، فالكلمات لا تحوى المعانى نفسها بالنسبة للفريقين. وحين يسأل "د. السبكى" أحد المرضى عن مدة مرضه، يجيب المريض: من زمان، هذه الإجابة قد تعنى من ثلاثة أيام إلى عشر سنوات. فى مكان أخرى، يشير "د.السبكى" إلى عدم نظافة الفلاحين، إلا أنه يرجع ذلك إلى مفهومنا عن النظافة، فما يعتبر نظافة بالنسبة لشخص ما قد لا يعتبر كذلك بالنسبة لشخص آخر.

كل ذلك يكشف عن عدم قدرة الطبيب على مواجهة هذه الظروف، خاصة إذا علمنا أن فى كل مركز لا يوجد سوى طبيب واحد وأحيانًا...) ، وهكذا تبدو المسئولية كبيرة مما يصيبهم بالعجز، وأحيانًا بالرغبة فى التخلى.

تأكيد الفشل

مما لا شك فيه أن "د. بقطر" كان أكثر من عانى من جراء هذا الوضع، حيث أصيب بالاكتئاب خلال فترة إقامته بالقرية، ولم يكف عن التساؤل عن جدوى الحياة وجدوى مهنته. فنطالع فى مذكراته: "أشعر أنى لا أستطيع القيام بالكثير

لصالح مرضاى، أبذل كل جهدى فى محاولة ممارسة مهنتى، والسهر على صحة سكان تلك القرى العديدة، ولكنهم ليسوا فى حاجة إلى أدوية، إنهم فى حاجة إلى طعام وسكن صحى، وإلى وعى لاستيعاب مبادئ الصحة حتى يحافظوا عليها"[١١٨]. يصاب بالتردد الدائم بين مبادئه (ممارسة مهنته باحترام ونزاهة) وبين الحاجة (بأبعادها التجارية)، فنجد كتاباته مذبذبة بين مواقفه الساخرة، وبين الحقيقة المصاحبة لمهنة أساسها العطف والإنسانية. فالقلق الذى يشعر به هو ضريبة فردية يجب أن يدفعها لانتقاله إلى أسلوب المنطق الحديث فى مناخ لا يزال يعمل بمنطق مغاير تماما.

أخيرًا تنتهى المؤلفات الثلاثة بفشل ذريع، فلا نجد أى ذكر لهذه المرحلة فى مؤلف "د. يعقوب"، بالرغم من إقامته فى الأرياف لأكثر من خمسة عشر عامًا. وبالنسبة "للدكتور بقطر" ـ الذى كان يريد أن ينجح دون أن يخسر روحه ـ المسيرة مريرة "طبيب القرية الذى ينجح هو الذى يحتل موقعًا فى مجالس الفلاحين، ويحكى حكاياتهم، ويحترم التعويذات التى يحترمونها ... طبيب الأرياف الذى ينجح هو الذى نسى مهنته ومبادئها"[١١٩]. أما بالنسبة" للدكتور السبكى" فقد اختار الانفتاح، وبالرغم من أنه اختار مراقبة العالم جيدًا، إلا أنه رفض المشاركة فيه، فكثيرًا ما كان يدعى لتناول الطعام عند الفلاحين باعتباره من الأعيان، ولكن نظرًا لرتابة المناخ فى مثل تلك المناسبات، يقرر رفض كل الدعوات الموجهة إليه، ولكنه رغم تخليه تمامًا عن هذا المناخ، يقرر أن يراقب باحتقار الراقصات السوقيات، والمغنيات المبتذلات اللاتى يقلدن أم كلثوم أثناء حفلات الزواج أو الختان، ويقرر بحكم اقتناعه بانتمائه لثقافة أرقى أن يكون شاهدًا على الأحداث دون المشاركة فيها.

هذه الشهادات النادرة عن حياة الأطباء فى الريف، فى النصف الأول من القرن العشرين، تظهر الانعزال الاجتماعى الذى يشعرون به، كما تظهر عدم تحققهم المهنى فى الأرياف.

فى فرنسا أثناء الجمهورية الثالثة، كـان المعلمـون الفرنـسيون كالأطبـاء المصريين يرسلون إلى الريف الفرنسى، ولكنهم رغم اقتلاعهم من مناخهم الثقـافى والاجتماعى، حاولوا أن يعقدوا علاقات مع جذورهم الفلاحية، عبر القيام بعمل تـم تشجيعه رسميا، لاكتشاف الثقافة المحلية، أو التنقيب عن الأدب الرعوى(١٢٠).

ما حدث فى فرنسا لم يحدث فى مصر، حيث الفروق الاجتماعية بين المدينة والريف كبيرة وكثيرة، فالفلاح المصرى ظل مرتبطًا بأرضه، وبالتقاليد المحيطـة به، فلا نجد أى حنين فى كتابات أطباء الريف، بل على العكس نجدهم يميلون إلـى اتهام هذا العالم الاجتماعى الرجعى، حتى وإن احتفظوا بنوع من أنواع التعـاطف مع هذا الفلاح المبهم، الذى يجب أن يتم إصلاحه، أو تحويله تمامًا ليدخل إلى العالم الحديث الذى يمثله هؤلاء الأطباء.

فى إطار حركة التاريخ المصرى، وكنتيجة أيضًا للميراث الغربى، اكتسبت مهنة الطب وضعًا اجتماعيا متميزًا ومحترمًا، إلا أن هذا الاتجاه نحو إعلاء القيمـة الاجتماعية المتميزة لمهنة الطب، أدى إلى التقليل من شأن ممارستها فى الأرياف، على الرغم من أن الريف كان سببًا رئيسيا فى وجود هذه المهنة الجديدة. وأخيـرًا فصورة الطب ارتبطت بالنمط البرجوازى والأرستقراطى، أكثـر مـن ارتباطهـا بصورة العمل الإنسانى، وذلك ما سنشهده فـى الـسينما والأدب، وفـى حـديث المرضى.

الهوامش

(1) Lock. Margaret M, «L'homme-machine et l'homme-microcosme: l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux», Annales E.S.C" (5), 1980. p. 1120.

(2) V.L. Bullough, The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine. Basel, 1966.

(3) J. Léonard, La médecine entre les pouvoirs el les savoirs. Paris, Aubier Montaigne, 1981.

(4) Clot-Bey, Mémoires. publiées et annotées par Jacques Taghcr. Le Caire, Imprimerie de l'IFAO. 1949, p. 10

(5) D. Panzac, «Médecine révolutionnaire et révolution de la médecine dans l'Égypte de Muhammad Ali. Le Docteur Clot-Bey», R.E.M.M, 52/53, 2/3, 1989, p. 101

(6) E.W Ackerknecht, La médecine hospitalière à Paris, 1794-1848, Paris, Payot. 1989

(7) J. Léonard, op. cit, p. 23

(8) M. Foucault, « Histoire de la médicalisation), Hermès n° 2, Masses et politique, Éditions du CNRS. p. 13-29

(9) Clot-Bey, Mémoires, op. cir., p. 72-73.

(10) Ibid.. p. 56

(11) La corporation des barbiers du Caire comprenait 3000 membres à la fin du XVIIIe siècle. A. Raymond, Artisans et commerçants du Caire au XVIII[e]siècle. Institut français de Damas, 1973.

(12) A. M. Moulin, « La profession médicale dans les pays arabes: vues historiques à long et à court terme », Médecins et Protection sociale dans le monde arabe, Amman, Cahiers du CERMOC n° 5, 1993, p. 223-245

(13) M. Meyerhof, «La surveillance des professions médicales et paramédicales chez les Arabes», Bulletin de l'Institut d' Égypte, 26 (1944), p. 119-134

(١٤) لمعرفة أوضاع كل من الأطباء والجراحين في الشرق والغرب، انظر A.M.Moulin ص ٢٢٧

(15) Ibid., p. 226.

(16) D. Jacquart et F. Micheau, La médecine arabe et L'Occident médiéval, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990, p. 57.

(17) L. Leclerc, Histoire de la médecine arabe, New York, Burt Franklin, 1961.

(18) D. Ahmad Issa Bey, Histoire des Bimaristans à l'époque islamique, Le Caire, Imprimerie Paul Barbey, 1928, p. 6.

(١٩) د. دوريس بهرنج أبو سيف "فتح الله وأبو زكريا" Physicians under the

Mamluk Imprimerie de l'IFAO.Le Caire 1987 تمثل هاتـان الشخـصيتان بشكل جيد نمط الأطباء المتعددى الإمكانيات. فهما مثال الشخصية المثقفـة، التـى تمارس وظائف متعددة، علاوة على أنهما نجحا فى تكوين ثروات كبيرة. لـم تـنج الشخصية الأولى من مصير العديد من رجال البلاط، فقد تم إعدامه بناء على أمـر من السلطان برقوق الذى كان يعتبره بمثابة سكرتيره وكاتم أسراره.

(20) Sur le personnage d' Hasan al- Attâr, voir P. Gran, Islamic Roots of Capitalism, Egypt, 1760 - 1840, Austin, University of Texas Press, 1979, p. 169-176.

(21) G. Delanoue, Moralistes et politiques musulmans dans l'Égypte du xix[e] siécle (1798-1882), Le Caire, IFAO, 1982, 2 vol.

(22) J. Berque, l'Égypte. Impérialisme et Révolution, Paris, Gallimard, 1967, p. 36.

(٢٣) نظام زراعى قائم على سيطرة الدولة على كل الأراضى من خلال جباية "الخراج". كان يتحول دافع الخراج مع الوقت إلى مالك أو على الأقل سيد.

(٢٤) على مبارك، "الخط التوفيقية الجديدة" المطبعة الوطنية، ١٨٨٧ الجزء ٢٠.

(25) Ehud. R. Toledano, State and Society in Mid-nineteenth Century Egypt, Cambrige University Press, 1990.

(26) G. Alleaume, «Naissance du fonctionnaire», Peuples Méditerranéens n° 41/42 Égypte : Recompositions, oct. 1987-mars 1988, p. 67-86.

(27) Ibid., p. 73.

(28) ibid., p. 79.

(٢٩) JAME العدد ٦، يونيو ١٩٣٣.

(30) A. Mubârak, Khitat, XVII, 4. Cité par G. Alleaume, art. cit., p. 75-76.

(٣١) JAME العدد ١، ١٩٣٥ ص ٣٨-٤١

(٣٢) JAME العدد ٦، ١٩٣٥ ص ٢٩٢-٢٩٤

(٣٣) JAME العدد ١٢، ديسمبر ١٩٣٤ ص ٧٠٤-٧٠٨

(34) Geiss Albert, «Un journal arabe de médicine», BIE, 5e série, Tome IV, 1910

(٣٥) JAME العدد ١، ١٩٣٥ ص ٤١

(٣٦) JAME العدد ١٢ ديسمبر ١٩٣٤ ص ٧٠٦

(37) ibid., p. 708.

(٣٨) موجز تاريخى عن تعليم الطب فى مصر، JAME العدد ٤، سـبتمبر ١٩١٨ ص ١-٤٨

(39) Ibid., p. 35.

(40) Ibid., p. 37.

(41) Ibid., p. 38.

(42) Ibid., p. 37.

(43) Ibid., p. 37.

(44) Ibid., p. 38.

(45) Ibid., p. 38.

(46) L. Boltanski, Les Cadres. La formation d' un groupe social, Paris, Éditions de Minuit, 1982, p. 236.

(47) Clot-Bey, Mémoires, op. cit., p. 37.

(٤٨) يضاف إلى هذا العنصر ثلاثة أوراق من البردى أقل أهميـــة (Berlin et London Medical Papyrus et Chester Beatty VI)

(49) G. Lefebvre, Essai sur Ia médecine égyptienne de l'époque pharaonique, Paris, PUF, 1956.

(50) Ibid., p. 6.

(٥١) د. نجيب محفوظ "تاريخ تعليم الطب في مصر" القاهرة ص ٣

(52) G. Lefebvre, op. cit., p. 6.

(53) Ibid., p. 6. 50

(54) M. Husayn Kâmil, «The Edwin Papyrus», JAME n° 5,1934, p.465-486.

(٥٥) عبد العزيز عبد الرحمن "تاريخ الطب والصيدلة والكيمياء عند القدماء المـــصريين" القاهرة مطبعة الاعتماد ١٩٣٩

(56) ibid., p. 3.

(57) D. Hassan Kamal, Encyclopaedia of islamic Medicine with a Greco-Roman Background, Le Caire, GEBO, 1975, p. 12.

(58) F. Wüstenfeld, Geschichte der Aerzte und Naturforsche.r, Goettingen, 1840.

(59) L. Leclerc, Histoire de La médecine arabe, New York, Burt Franklin, 1961 (premiére édition 1876).

(60) D. Mahmûd SidqI, Mémoire sur Ia Médecine arabe et les préceptes hygiéniques des Musulmans, Le Caire, 1909, p. 20.

(61) Ibid., p.3.

(62) Ibíd., p. 22.

(63) C.F. Meyer, «Arabism, Egypt and Max Meyerhof» Bult. Hist. of Med, Vol. XIX, n° 4, avril 1946, p. 375-432.

(٦٤) انتهت هذه الترجمة عام ١٩٦٧ إلا أنها لم تنشر. انظر:

H.Expert-BezanÇon, "Notes biographiques sur le docteur Kâmil Husayn ,médecin et humaniste égyptien"

(٦٥) مجلة المصور، ٢١ ديسمبر ١٩٢٨

(66) N. Mahfûiz, The Life of an Egyptian Doctor, Londres, 1966.

(67) John Knittel, Le docteur Ibrahin (el Hakim), traduction française de M. Gay, Paris, Albin Michel, 1947. Le roman date de 1936.

(68) Ibid., p. 13.

(٦٩) دورية للنشر العلمى ساهمت فى نقل القيم الغربية إلى مصر فى بداية القرن.

(٧٠) د. نجيب محفوظ. فقرة ص ١٥

(71) Ibid., p. 52.

(72) Ibid., p. 24.

(73) Knittel, op. cit., p. 25.

(٧٤) طه حسين "أديب" ترجمة إلى الفرنسية من أمينة ومؤنس. طـه حـسين، بـاريس Clancier-Guénaud 1988

(٧٥) للاطلاع على سيرة شادى، انظر د. كمال نشأت فى أبو شادى وحركة تجديد الشعر العربى الحديث القاهرة دار الكتب ١٩٦٧.

(٧٦) د. على محمد الفقى "إبراهيم ناجى" القاهرة ١٩٧٧ ص ٤١

(77) Ibid., p. 57.

(٧٨) طه حسين، "حافظ وشوقى" القاهرة، مكتبة الخانجى ١٩٦٦.

(٧٩) انظر عبد العزيز الدسوقى، "تأثير جماعة أبوللو على الشعر الحديث" القـــاهرة دار المعارف ١٩٧٦.

(80) J. Berque, l'Égypte. Impérialisme..., op. cit., p. 371.

(٨١) إبراهيم ناجى "رسالة الحياة" القاهرة، مكتبة العالم العربى ١٩٤٩

(٨٢) المصدر السابق "رسالة الأدب" ص ٢١-٢٩

(83) Ibid., p. 24.

(٨٤) إبراهيم ناجى "مدينة الآلام" القاهرة، دار المعارف ١٩٥١

(٨٥) إبراهيم ناجى "رسالة الحياة: رسالة الأدب الروسى" ص ١٣٧-١٤٢

(٨٦) حسين فوزى "سندباد فى رحلة الحياة" القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٨

(٨٧) حسين فوزى "سندباد عصرى، رحلات فى المحيط الهندى" القاهرة ١٩٣٨

(٨٨) حسين فوزى "عصرى يعود إلى الهند" القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٨.

(٨٩) حسين فوزى "سندباد مصرى" القاهرة، دار المعارف، ١٩٦١

(90) Voir H. Expert-Bezançon, «Note biographique sur le docteur Kâmil Husayn, médecin et humaniste égyptien (1901-1977)», Ibla, T. 48, n° 155, 1985, p. 19-43.

(٩١) كامل حسين يأبن طه حسين.

(92) K. Husayn, La Cité Inique, Paris, Sindbad, La bibliothèque arabe, 1973.

(93) Interview du Dr Kâmil Husayn, MIDEO n° 8, 1964-66, p. 359.

(94) J. Jomier, «Un regard moderne sur le Coran avec le Dr Kâmil Husayn», MIDEO n° 12, 1974, p. 63.

(٩٥) كامل حسين "وحدة المعارف" دار النهضة المصرية، ١٩٥٨

(٩٦) كامل حسين "الوادى المقدس" القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٨

(٩٧) كامل حسين "الذكر الحكيم" القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٧٢

(٩٨) كامل حسين "النحو المعقول" القاهرة، ١٩٧٢.

(٩٩) إبراهيم ناجى "أدركنى يا دكتور" ص ٥

(100) Ibid., p. 6.

(١٠١) حسين فوزى "سندباد فى رحلة الحياة" ص ١٥٣

(102) Ibid., p. 91.

(١٠٣) د. كامل يعقوب "يوميات طبيب" القاهرة، كتاب الهلال، ١٩٦١

(104) Ibid., p. 7.

(105) Ibid., p. 9.

(106) Ibid., p. 9.

(107) Ibid., p. 11.

(١٠٨) د. بقطر "يوميات طبيب فى الأرياف" القاهرة، دار العالم العربى، ١٩٧١.

(109) Ibid., p. 15.

(١١٠) فخر الدين السبكى "مذكرات طبيب فى الأرياف" القاهرة، مكتبة الآداب، ١٩٤٦.

(111)H. Ayrout, Fellahs d'Égypte, Le Caire, Éditions du sphynx, 1952 (La premiére édition date de 1938).

(١١٢)د. السبكى، فقرة ص ١

(113)Ibid., p.65.

(114)Ibid., p.66.

(١١٥)د. بقطر فقرة ص ١٥

(١١٦)د. السبكى، فقرة ص ٩٦

(117)Ibid., p. 108.

(١١٨)د. بقطر فقرة ص ١١٤

(119)Ibid., p. 108.

(120)F. Muel-Dreyfus, Le métier d'éducateur, Paris, Éditions de minuit, 1983.

الفصل الرابع

رؤى متقاطعة

صورة الطبيب فى المجتمع المصرى

ينصب نشاط الأطباء فى أحد أوجهه على المريض نفسه، وليس فقط على المرض، فالمريض ليس أداة صماء[١]، فله وجهة نظر فيما يتعلق بمرضه، وطريقة علاجه، وفى هذا الإطار يمتلك القدرة على الإدراك، وبالتالى على الموافقة أو استهجان الهوية المهنية التى يضفيها الأطباء على أنفسهم، إضافة إلى النظرة الخاصة بتشكيل مثل هذه الهوية داخل الجماعة الطبية نفسها، وكيف يراها المحيط الاجتماعى من حولها، وما هى الصورة التى يرسمها الطبيب عن نفسه وعن دوره، وأخيرًا ما هى المكانة التى تحتلها هذه الجماعة المختلفة الأصول فى المجتمع المستقبل لها.

السينما والأدب والخلفيات التاريخية من الأدوات المساعدة فى هذا التحليل، فهذه المصادر الثلاثة، برغم اختلافها، تعد مسئولة عن التشكيل الثقافى الذى يعبر من خلاله المجتمع عن ذاته.

تطور النموذج فى الأدب والسينما

الطبيب، وجه رزين فى الأدب والسينما

بخلاف رواية يحيى حقى، لم يتضمن أى عمل أدبى مهم فى السينما شخصية محورية لطبيب، رغم أن الفضل فى النهضة الأدبية فى مصر، فى نهاية القرن التاسع عشر، يعود جزئيا إلى التلاقى مع الغرب، وانبهار المثقفين به[١].

لقد لعب الطب دورًا شديد التأثير على المخيلة الاجتماعية الغربية، مما أدى إلى التعامل معه باعتباره موضوعًا متميزًا فى الأدب، وفى مرحلة متأخرة فى السينما. فمنذ "رابليه" هناك محاولات عديدة لإدخال الأطباء فى الأدب، محاولات لاقت نجاحًا جيدًا، مما ساهم فى إلقاء الضوء على هذه المهنة، والتعظيم من شأن هذا التخصص. ونجد كتابات لبعض المرضى الذين حاولوا التعبير عن آلامهم، فتعاملوا مع الطبيب باعتباره بارقة أمل[٢]. إلا أن الأدباء من خارج دائرة الأطباء هم الذين كانوا أكثر إسهامًا فى انتشار الصورة الإيجابية للطبيب المتفانى الناكر لذاته من أجل الإنسانية.

فى مرحلة كان الطب لا يزال يبحث عن ذاته، وقبل أن يحتل قمة النجاح الاجتماعى، يتخيل "بلزاك" فى عام ١٨٣٩ الصورة النموذجية "لطبيب الأرياف" الدكتور "بناسيس"، باعتباره من طلائع المصلحين، واضعا إياه كنموذج للخير والعطاء، حيث ينجح "د. بناسيس" فى انتشال سكان وادى "إيزار" البائسين ـ المكان الذى اختار الإقامة فيه – إلى حياة قريبة جدا من السعادة، حياة بلا مظاهر عنيفة من الفقر والمرض.

فى القرن التاسع عشر حيث ازداد الاهتمام بالحركات الحضرية، لقى ارتباط الطبيب بسكان القرى صدى جيدًا فى الأدب الإقليمى، وفى مقدمتهم شخصية الدكتور "دانييل شاربونيير" ـ فى "عدو الموت" لـ "أوجين لورِوى" ـ الذى

تصدى لمحاربة الملاريا فى منطقة "لى ماريه دو لا دوبل بريجور" (Les marais de la Double du Perigord)، كما تضفى فقط شخصية الدكتور "تـوك" الجانـب النصاب فى هذه المعزوفة الدفاعية عن الأطباء.

وفى مقابل هذه الشخصيات الريفية، نجد صورًا لأطباء المدينة الإيجـابيين، مثل الدكتور "باسكال" لـ "إميل زولا". وقد وجد احتفاء الأدب بالأطباء امتدادًا لـه فى السينما، حيث تظهر مهنة الطب بكل احترام وتبجيل.

الأدب الحديث والسينما من التخصصات الجديدة فـى مـصر، والتـى تـم استيرادها مباشرة من الغرب. وكما أن الطب الحديث قام على أسس مختلفة تمامًـا عما قام عليه الطب العربى القديم، يظهر الأدب المعاصر مقطوع الصلة عن الأدب العربى، وكان عدد من الأطباء جزءًا من رواد الأدب والشعر المعاصر، وهـؤلاء لم يروا غضاضة فى النقل والتمصير، فقد قاموا بإجراء تغييرات جذرية فى أشكال التفكير، وأنماط التعبير، مستعيرين التقنيات والقضايا الغربية المهمة.

ومثلما فعل الأدب الغربى، كان من الممكن لهذا الأدب الحـديث أن يمجـد العلوم الحديثة، والشخصيات الرائدة فى مسيرة التطور الذى تطلع إليـه المثقفـون المصريون. وفى حقيقة الأمر فإن الأدب المصرى، ثم لاحقـا الـسينما ـ اللـذين ارتبطا ارتباطًا وثيقًا ببعضهما البعض ـ ظلا فى إطار الأعمال الرومانسية التـى اتخذت شكلا سينمائيا يستخدم التقنيات الروائية الحديثـة للتعبيـر عـن المجتمـع المصرى التقليدى، وتناولت أغلب الأعمال وصف عادات الطبقات البـسيطة فـى المدينة أو القرية، وذلك سواء بهدف تمجيدها، وتوضـيح بـواطن الـسحر فيهـا، والتذكير بها قبل اندثارها، أو علـى العكـس بهـدف إدانـة ثباتهـا، ومحاولـة إصلاحها[٤].

فى الأغلب الأعم اتسم الأدب المصرى ـ وبالذات فى الـسينما ـ بالبعـد المأساوى، خاصة مع وجود تراث من الروايات الرومانسية والمسلسلات، فعنـدما

يقابل هذا الاتجاه المأساوى الواقع الاجتماعى المصرى، يؤدى بالضرورة إلى ظهور قضايا المرض التى تنتشر فى التناول الأدبى بعكس موضوع الأطباء.

فمنذ ظهور رواية "زينب"[٥] ــ الرواية التى أسست لتيار الأدب المصرى المعاصر ــ تم استخدام المرض بكثرة باعتباره رمزًا أو محركًا للفعل. فقد صورت رواية "زينب" ــ التى كتبت عام ١٩١٤ ــ الريف المصرى بكثير من التعاطف، رغم أنها تحكى عن شخصيات فشلت فى حبها بسبب ثقل التقاليد السائدة. تحب زينب إبراهيم كما يحبها، إلا أنها أرغمت على الزواج من الرجل الذى تختاره الأسرة، وعندما يذهب إبراهيم إلى التجنيد، تموت زينب البائسة المريضة بالسل، وهكذا نجد أن هذا المرض الذى يتسبب فى وفاة تلك الشابة الجميلة النقية، يفرض نفسه باعتباره رمزًا للتخلف والفقر والتقاليد البالية القابعة على القرية المصرية، والتى تمنع الفرد من التحقق.

وفى ثلاثية "نجيب محفوظ" يذكرنا المرض مرة أخرى[٦] بهشاشة هذا المجتمع الذى لم يتجاوز بعد المآسى الناتجة عن الأمراض الباطنية القديمة، فيبيد التيفود أسرة "عبد الجواد" بأكملها فى عشرة أيام، رغم أنها أسرة برجوازية ميسورة الحال، ليحطم مستقبل "عائشة"، الشخصية الأكثر ابتهاجًا غير المبالية.

كما نجد أيضًا وباء الكوليرا عام ١٩٤٧ فى روايته "المعذبون فى الأرض"[٧] التى كتبها "طه حسين"، حيث يظهر استمرار وقوع مصر فى غياهب الظلمات، بالرغم من دخولها القرن العشرين.

ترجع الصورة الباهتة للطبيب فى الأدب والسينما إلى الرغبة فى الحديث عن الفلاحين وتصوير الحياة الريفية، فنجد الفلاح فى رواية "زينب" ــ ذلك الفلاح الذى ظل مجهلا لقرون طويلة فى الأدب العربى الكلاسيكى ــ وقد أصبح محورًا للأحداث، بل أحد أهم المواضيع التى يهتم بها الفنانون، إذ يرون فيه رمزًا للاستمرارية فى مصر[٨]، وبالتالى فالطبيب شبه غائب عن الحياة الريفية،

والمرض هو الوجود الحقيقى والواضح الذى نرى من خلاله صورة باهتة للطبيب الذى يتم إحضاره من المدينة فى المناسبات.

فى رواية "زينب" يقرر الزوج ــ أمام خطورة حالــة زينــب ــ اســتدعاء الطبيب، رغم أنه يفضل التوكل على إرادة الله، فيصل الطبيب إلى القرية بالقطــار الصباحى، ويمضى وقتًا طويلا فى الحديث مع العمدة حول فنجــان مــن القهــوة، مبديًا اهتمامًا أكبر بالحديث عن السياسة، حتى إنــه لا ينفــق وقتًــا طــويلا مــع المريضة، التى من الواضح انه لا أمل فى شفائها[٩].

فى الأرياف يتم رسم صورة الطبيب باعتباره شخصية هامشية، بعيدة عــن العلاقات الاجتماعية، لا تتمتع بالسمعة نفسها التى يتمتع بها الطبيب فــى الغــرب، وهو رجل الخير الماهر، المتفانى. وفى الواقع فإن صورة المدنية والحداثة تظهــر من خلال ممثلى الأمن أو الحكومة، المأمور أو ساعى البريد، حيث ترتبط وظائفهم بالدولة، وبالتالى علاقتهم بالسلطة التى تمارس طغيانها على سكان الريف، وعندما يكون الطبيب موظفًا لدى وزارة الصحة يدخل ضمن هذه الزمرة.

وغالبًا ما يتم وضع الطبيب فى الإطار الحضرى، وهو الإطار الأقرب إلى طريقة حياته وممارساته، فى العديد من الروايات والأفــلام التــى تتنــاول حيــاة البرجوازية الصغيرة والمتوسطة فى المدينة ــ مثل المصاعب اليوميــة ومــشاكل تأقلم هذه البرجوازية مع الحداثة ــ ترمز شخصية المهندس إلى قيم الحداثة أكثــر من الطبيب فى أغلب الأحوال، فالتحول إلى الحداثة فى إطار هذا المجتمع يتم عبر امتلاك التقنيات الحديثة، ولهذا فالمهندس يعد مثالا جيدًا لهذه القيم، خاصــة حــين يكلل ذلك بنجاحه المادى وقدراته التقنية. وعلى سبيل المثال لا يــستخدم المخــرج "يوسف شاهين" شخصية الطبيب، بل شخصية المهندس التى تحتل مكانة مهمة فى أعماله، فنجد شخصية "المهندس الزراعى" الذى تقع على عاتقــه مهمــة اســتبدال البرجوازية التقليدية بالبرجوازية المثقفة فى فيلم "صراع فــى الــوادى" (١٩٥٤)، وحين يريد إبراز التحرر من خلال امتلاك المعرفة، يستخدم شخــصية المهنــدس

العامل فى السد العالى فى فيلم "الناس والنيل" (١٩٦٨). كذلك فى رواية "إحسان عبد القدوس" (لا شىء يهم) ــ التى قام المخرج حسين كمال بتحويلها إلى فيلم عام ١٩٧٣ ــ نجد المهندس القدير الوطنى هو صوت العقل والنزاهة الذى يقاوم السلطة الاشتراكية الفاسدة.

يحتل الطبيب موضوعًا مميزًا فى الأدب والسينما عندما يتعلق الأمر بالتقارب بين الجنسين، فقد ظلت المرأة، بشكل عام على هامش الحياة الاجتماعية لمدة طويلة، فيأتى هذا النموذج للطبيب الجديد، كما ظهر فى القرن التاسع عشر، ليكون أول رجل من خارج الأسرة يمكنه الاقتراب من النساء، وهذا الاكتشاف أثر على الأطباء ذاتهم أيضًا، فنجد آثارًا له فى سيرهم الذاتية[١٠]. ولم تفلت هذه الخصوصية من اهتمام كتاب الأدب والسينما، الذين اختاروا شخصية الطبيب ليجسد التقاء الجنسين، فى إطار الحداثة وتطور التقاليد والعادات، وقد استخدمت الكوميديا هذه الخاصية بكثافة بحيث أصبحت وظيفة الطبيب مدخلا ووسيطًا فى العلاقات الغرامية، فنجد فى فيلم "المجنونة" للمخرج "حلمى رفلة"، عام ١٩٤٧، تدخل الطبيب النفسى بسبب قدرته المهنية،إلى جوار محبوبته ليكشف الخطة الشريرة التى وضعها الأوصياء عليها، ليدخلوها إلى المصحة بدعوى جنونها، كى يتمكنوا من الاستيلاء على ميراثها. ونشير أيضًا إلى فيلم "من أين لك هذا" عام ١٩٥٥، حيث تتكر الطالب فى شخصية الطبيب، ليتمكن من الوصول إلى محبوبته التى حبست فى البيت بسبب قسوة والدها، إذ يستطيع الطبيب، بسبب قدرته على الشفاء، اجتياز حاجز التقاليد التى تمنع الاختلاط، والتواجد بسهولة داخل الأسر، فالطبيب يمكنه أن يضرب بالتقاليد التى تعرقل مسيرة العشاق عرض الحائط.

وفى المقابل فإن بعض كتاب السيناريو يرون فى سهولة هذا الالتقاء خطرًا محدقًا يمكن توظيفه، من جهة لخلق مواقف ميلودرامية فى السينما، ومن جهة أخرى للتنبيه إلى الجانب الأخلاقى منه. فنجد فى فيلم "السراب" عام ١٩٧١، البطل حديث الزواج بالفتاة التى يحبها، والذى يكتشف عجزه الجنسى، فيعرض نفسه على

طبيب، ويشاء القدر أن يجتمعوا جميعا فى أحد المطاعم حيث ينجذب الطبيب إلـى الزوجة التى يشاركها سر الزوج، فيقوم بإسداء النصح لكل منهمـا علـى حـدة، وعندما تزداد العلاقة الزوجية تدهورًا، وتنمو فى المقابل علاقة الزوجة بالطبيـب، تسفر الخيانة عن حمل الزوجة، وفى محاولة تخلص الطبيب من الحمل، تموت هذه الأخيرة، وهنا نرى كيف يلقى الطبيب فى الفيلم بشباكه للإيقاع بالـسيدة، مـدركا للغواية التى يمارسها بفضل سلطته الطبية والاجتماعية. ومثل هذا الدور يتكرر فى رواية "إحسان عبد القدوس" "أنف وثلاث عيون"[11]، فالبطل عنده طبيب شـاب ذو سمعة واسعة، أعزب وزير نساء، والكثيرات يترددن على عيادته منجذبات لما لـه من سمعة نسائية، وهنا نجد أن وضعه كطبيب هو الذى أتاح الالتقاء بالنساء اللاتى يقمن معه علاقات تنتهى دوما بالفشل.

وبخلاف هذه الشخصيات الدونجوانية، لا نجد فى الأدب عامة غير عدد قليل من الأطباء، بينما هم فى السينما أكثر تواجدًا. وقد تعاملت الـسينما بـروح أكثـر إطنابا خلال الفترة (١٩٣٠- ١٩٥٠) حيث ظهر الطبيب كتعبير عن الرجل القوى الناجح، كما لو كان النجاح الاجتماعى للطبيب أمـرًا مـسلمًا بـه. تعـيش هـذه الشخصيات فى بيوت برجوازية، كما أنها تمتلك عيادات خاصـة، وتتواجـد فـى المحيط الاجتماعى الراقى، فتتوقف الكاميرا طويلا أمام الحياة الخاصة المترفة، ولا تلتفت كثيرًا لجانب الحياة العملية، التى إن ظهرت تظهر فى صورة ثابتة، مكـررة فى كل الأفلام، إذ نرى الطبيب واقفًا فى عيادته، مرتديًا البالطو الأبيض وسـماعة الكشف تتدلى من كتفيه، وفى المشهد الخلفى نرى دولابًا من الحديد الأبيض يحتوى على العقاقير، فلا نلاحظ مهنته إلا من خلال بعض الرموز الفظة التى تشير إلـى مكانته الاجتماعية التى وصل إليها، ولكن وبالرغم من الإشارة السريعة إلـى دور الطبيب، إلا أنه فى نهاية الأمر يتم الإشارة إليه باعتباره رمزًا للخير والتفانى.

يكشف لنا المخرج "عز الدين ذو الفقار" بوضوح عن هذا العالم الطبى، ففى فيلم "موعد مع الحياة" عام ١٩٥٣، نرى "آمال" وأباها الطبيـب الـشهير الطبـب

القلب، الذى ظل أرملا وفاء لزوجته وابنته، وهما يعيشان فى "عزبة" بديعة بالقرب من الإسكندرية، ونشهد الاحتفالات المستمرة التى يقيمانها لعلية القوم من أصحاب "آمال"، وبالرغم من هذه الصحبة الرفيعة إلا أن "آمال" تحب صديق الطفولة ابن الفلاح الذى أصبح مهندسًا خلال إقامته فى أوروبا، وهنا نجد مرة أخرى شخصية المهندس هى التى تجسد النجاح الاجتماعى، فى حين نجد الطبيب قد نسج علاقات اجتماعية مع الطبقة الراقية منذ أمد بعيد، وعندما تعانى "آمال" من مرض القلب الميئوس من شفائه، يضطر والدها للسفر إلى ألمانيا، ليعود ومعه الطبيب الشهير الذى يجرى لها عملية رائدة فى هذا المجال، فتنجو "آمال" بحياتها.

يعتبر الثراء المادى المرتبط بممارسة مهنة الطب، والمتمثل فى وجود عيادة خاصة، ومظاهر مادية أخرى واضحة، من أهم أسباب ربط الطبيب بالطبقات المهيمنة فى السينما البرجوازية. فنجد أيضا فى فيلم "وفاء" لـ"عز الدين ذو الفقار"، الطبيب الذى يقع فى حب فتاة فقيرة أثناء علاجها، فيثور والد الطبيب، ويهدده موضحًا ضرورة فشل مثل هذا الارتباط، إلا أن الطبيب يقرر التخلى عن وضعه المتميز، ويختار الحياة فى حى متواضع، يمارس مهنته فيه بكل التفانى لصالح السكان الفقراء، وتتوالى الأحداث، ليعتقد الطبيب فى خيانة زوجته، ويعود لأسرته من جديد محتلا مكانته الاجتماعية السابقة، وأخيرًا تظهر براءة الزوجة، فتذهب للحياة معه مرة أخرى، بل إن الوالد يهديه عيادته الخاصة.

بالرغم من تدهور وضع الأطباء مع مرور الوقت، لم تناقش السينما فى حقيقة الأمر هذه الصورة المسيطرة الخاصة بهم، والمتمثلة فى النجاح الاجتماعى والمادى لهم. فمنذ نكسة ١٩٦٧، دأب كل من الأدب والسينما، على رسم صورة لمجتمع مهزوم ومصدوم من توالى هزائمه الاقتصادية والسياسية[١٢]. غير أن صورة الطبيب ظلت على حالها باستثناء بعض التجارب، مثل رواية "حب تحت المطر" (١٩٧٣) لـ "نجيب محفوظ"، الذى يختار شخصية طبيب يرغب فى الهجرة إلى الخارج، ليشير إلى تنازل المثقفين عن واجبهم إزاء قضايا التنمية فى

بلادهم، ونجدها أيضًا فى قصة لـــ"جمـــال الغيطـــانى" "أرض أرض" (١٩٧٠)، للإشارة إلى العدوان الإسرائيلى، فالراوى يتجول داخل المستشفيات التـــى يـــشبهها بالجحيم، ويصطدم بافتقار الكفاءة وانعدام إنـــسانية الأطبـــاء، واســـتقالة مـــسئولى الصحة.

أما السينما الواقعية لسنة ١٩٨٠، التى أرادت وصف حياة صـــغار النـــاس، واختلال وضع الطبقات الوسطى التى انهزمت أحلامها، لم تتناول وضع الطبيـــب بشكل مباشر، بالرغم من انه يمثل أحد مفردات هذه الطبقة، كما لـــو كـــان هنـــاك تخوف من التشكيك فى صورة النجاح التى كانت سائدة من قبـــل، فـــى حـــين أن صورة المهندس والمحامى، وهما فى نفس وضع الطبيب، أمكـــن مـــن خلالهمـــا الحديث عن المشكلات التى تواجه المجتمع، مثل صعوبة إيجاد شقق للـــسكنى، أو توفير متطلبات الزواج، وهى قضايا متكررة فى السينما التجارية.

إن نقد الوسط الطبى فى الغالب تم من خـــلال قـــضايا الفـــساد أو غيـــاب الأخلاق، ففى فيلم "طالع النخلة" (١٩٨٢) يتم الكشف عن الوجه الفاسد للممارســـة الطبية من خلال بعض الشخصيات، حيث يسيطر الطموح المفتقر إلـــى الأخـــلاق على الطبيبة الشابة، فنراها تقوم بسرقة أعضاء مرضاها من أجل تحقيـــق النجـــاح العلمى،إلا أن الحب فى النهاية ينقذها من الأنانية.

نجد فى الستينيات من القرن العشرين أمثلة أكثر واقعية لشخصية الطبيـــب، فلم يعد له هذا الوجه النبيل الثرى، بل أصبحت المهنة أكثر انتشارًا فـــى أوســـاط الطبقة الوسطى، التى من خلال هذه المهنة يمكنهـــا الترقـــى الاجتمـــاعى بـــشكل شرعى، ونشير هنا إلى فيلم "الناظرة" لـــ "نجيب خورى" (١٩٦٨)، الـــذى يـــروى حكاية فتاة تسيء زوجة أبيها وأختها غير الشقيقة معاملتها ـــ كقصة "سندريلا" ـــــ إلا أنها من خلال دراستها للطب تحقق نجاحا، يساهم فيه أيضا، وقوعها فى حـــب طبيب بارع بدرجة أستاذ.

في هذه الفترة المليئة بالأحداث السياسية، مثل بروز "يوسف إدريس" كشخصية أدبية حافزًا لكتاب السيناريو أصحاب القضايا، كي يرسموا بعدًا نضاليا للطبيب لم يكن ظاهرًا من قبل، فنجد الشخصية المحورية في هذه الأفلام أصبحت تدور حول الطبيب بدلا من المهندس، للإشارة إلى التفاعل الاجتماعي الذي أصبح رمزًا أكثر قوة من مجرد القدرات التقنية للمهندس.

وهكذا نجد من الإنتاج السينمائي الهامشي، فيلم "سيرة الأبطال" (١٩٦١) لـ"توفيق صالح"، الذي جعل من الطبيب محورًا للأحداث، وبطلا كانت مصر تحتاجه[١٣]، فهو شخص مثقف، يضع معارفه ومهاراته في خدمة المحتاجين، حيث تدور الرواية حول وصول طبيب شاب للإقامة في إحدى القرى التي تصاب بعد فترة من الزمن بوباء الكوليرا، فيصطدم الطبيب خلال تصديه للوباء بالجهل والخرافات من جانب، ومن جانب آخر يصطدم بطغيان واستغلال أسرة النبلاء المتحالفين مع المحتل الإنجليزي، وهنا لا نرى صورة الطبيب الأرستقراطي، بل نرى صورة الرجل الذي تمثل معارفه القوة الحقيقية التي تمكنه من تغيير المجتمع، ففي أحد المشاهد الأساسية للفيلم، يستدعي أحد الفلاحين الطبيب لعلاج زوجته، التي تعاني من تبعات ومخاطر ولادة متعسرة، وبمجرد وصوله تموت المرأة، ويوضع الوليد تحت السرير لاعتقادهم بموته، فيقوم الطبيب بجذب الطفل وإجراء تدليك للقلب ليعيد الحياة له مجددًا وسط دهشة الجميع، خاصة "الداية" التي تمثل رمز التخلف في القرية، والعنصر الأكثر كراهية للطبيب.

كما ساهم الفيلم الوثائقي في إعطاء صورة للطبيب قريبة من الواقع الاجتماعي والمهني في مصر، فقد حاولت المدرسة الجديدة للسينما، التي بدأت في شق طريقها خلال السبعينيات من القرن العشرين، أن تكسر النمط التقليدي للسينما الوثائقية الثابتة والقائمة على اللقاءات، لتدخل الواقعية في وصف الموقف. قام "خيري بشارة" عام ١٩٧٧، (الذي سيصبح أحد رواد السينما الواقعية في الثمانينيات) بتصوير أول أفلامه القصيرة بعنوان "طبيب في الأرياف"، حيث

صورت كاميرا "بشارة" الحياة اليومية لأحد أطباء الأرياف، فى إطار فلكلورى، فتظهر لنا صورًا رائعة للريف المصرى، وإصرارا لأحد الأطباء فى ركوب الحمار بلا كلل، للذهاب دون تقاعس إلى أقاصى المجتمع الريفى، من أجل توصيل الخدمة الطبية.

هناك مخرج آخر "أحمد قاسم" ــ أحد أصدقاء خيرى بشارة ــ والذى اصطدم فى إحدى المستشفيات بقضية مضاعفات الجفاف لدى الأطفال الصغار، لكنه على عكس "بشارة" لا يؤمن بالصورة المثالية للطبيب، فالطبيب الذى قام "بشارة" بتصويره، كان فى الحقيقة موظفًا تقليديا بوزارة الصحة، غير راض عن حياته، ولم يتأثر بالصورة التى عكسها "بشارة" عنه فى الفيلم، فقد سافر فى الواقع بعد ذلك إلى ليبيا، حيث كان يتقاضى أجرًا أعلى من أجره فى مصر[١٤]. أما بالنسبة لـ "أحمد قاسم" فحقيقة المهنة موجودة داخل المستشفى، حيث يحمل الكاميرا ويصور الأطباء وأحاديثهم فى فيلم أطلق عليه "أطباء فى المدينة" (١٩٨١)، وفيه يقوم المخرج من داخل المستشفى ومن خلال روايات الأفراد، بكسر الصورة المثالية للطبيب، ويكشف عن تنوع مصائر هؤلاء الأطباء، من الطبيب البرجوازى المتطلع لتحقيق النجاح المهنى شبه المضمون، إلى الأطباء من أصل ريفى، الذين دخلوا كلية الطب والمقدر لهم حياة بسيطة، وصولا إلى المدير المستقبلى صاحب الرداء الأبيض الذى يستخدم لغة السلطة، ومرورًا بشابة محجبة تعمل فى مستشفى الأطفال تنجح من خلال عملها فى أن تجد معنى لحياتها.

قنديل أم هاشم

رواية الفشل

قصة قصيرة لحيى حقى نشرت عام ١٩٤٤[١٥]، تقدم لنا شخصية طبيب لا مثيل لقدره فى الأدب المصرى.

ولد الكاتب فى القاهرة عام ١٩٠٥، فى أسرة ميسورة الحال من المثقفــين، درس القانون فى العاصمة المصرية، وحصل على الليسانس عام ١٩٢٥، عين فى البداية فى منصب ممثل وزارة الأشغال العامة بمنفلوط، ثم رئــيس مركــز فــى محافظة أسيوط، ممثلا للسلطة التنفيذية ومكلفًا بتطبيق القوانين الزراعيــة، وكــان تعيينه بصعيد مصر مثله مثل بقية الشباب الجامعى آنذاك، وقد أتاح له ذلك التعامل اليومى مع المجتمع الريفى، فرصة للتعرف علىَ العادات والتقاليد قبــل أن يلتحــق بالعمل فى المجال الدبلوماسى، لكن هاتين السنتين ظلتا من أكثر الــسنوات تــأثيرًا عليه(١٦)، فقد ألهمتاه بكتابة كتاب "خليها على الله"(١٧) الذى يكشف فيه، مثل نجيــب محفوظ، طغيان ممثلى السلطة إزاء الفلاحين.

وبرغم ثقافته الغربية المتينة، فقد كان يحيى حقى محافظًا ومتعلقًــا بالتقاليــد وبالدين الإسلامى، يقوم فى كتاباته بوصف البسطاء من فلاحى الصعيد، أو ســكان المدن الذين يصارعون من أجل البقاء.

ويظل التأقلم مع العالم الحديث هو القضية الأكثر تميزًا لديه، فنــراه يبــرز التناقض داخل الأفراد الممزقين بين التقاليد فى بلادهم ــ حيث يعتبر الــدين هــو ضامن الاستقرار ــ وبين الانبهار بالغرب المتفوق، الذى يفتقد إلى الروحانيات.

تمر رواية "قنديل أم هاشم" بثلاث مراحل يصيغ خلالها المؤلف إيقاع اللقــاء مع الغرب. فى البداية تعكس شخصية "إسماعيل" صورة مــصر القديمــة الفقيــرة المثابرة، فهو الابن الأخير لأسرة من صغار التجار التقليديين، تعيش بجوار مسجد السيدة زينب الشهير. يتمتع "إسماعيل" بفرصة التعلم الحديث حتى يصل إلى مرحلة الباكالوريا، ليكون مثار فخر وإعجاب المقربين.

يطمح والد "إسماعيل" أن يراه طبيبًا، ولأن "إسماعيل" لــم يحــصل علــى الدرجات التى تؤهله لدخول كلية الطب، يقرر والده إرساله إلى بريطانيــا، حتــى يحقق له أحلامه، بالرغم من الأعباء المالية التى تترتب على هــذا القــرار. فــى

المرحلة التالية يسافر "إسماعيل"إلى أوروبا، حيث يقوم باكتشاف العالم الغربى، مما يسبب له صدمة شديدة. يلتقى "إسماعيل" بشخصية "مارى" التى تساعده على اكتشاف القيم الغربية، مما يزيد من معاناته النفسية، تلك المعاناة التى تؤدى به فى النهاية إلى المرض. يتخلص "إسماعيل" من معتقداته الدينية، المكون الرئيسى لشخصيته، ليحل العلم مكانها كعقيدة أقوى وأكبر[١٨]. يصبح إسماعيل طبيب عيون بارع، ويشعر بالقوة من جراء تسلحه بتلك المعارف الجديدة[١٩]، وعندما يقرر العودة إلى بلاده، تبدأ المرحلة الثالثة، حيث يعيش إسماعيل بعنف أزمة التقائه مجددًا بالتقاليد القديمة، ويعتمل داخله الصراع بين القديم وبين معارفه العلمية الجديدة، ففى نفس يوم عودته إلى مصر يحضر علاج والدته اليومى لـ"فاطمة" (احدى قريباته) التى تكاد تفقد بصرها، فيرى والدته وهى تضع بضع نقاط من زيت "أم هاشم" فى عيون "فاطمة"، على سبيل العلاج. يثور إسماعيل رافضًا هذه الطرق الهمجية والمتخلفة فى علاج مرضى العيون، والتى تبعد كل البعد عن الأساليب الحديثة العلمية التى يدرسونها فى الكليات البريطانية.

وفى لحظة ثورته هذه يقرر إسماعيل دخول المسجد وتحطيم "قنديل أم هاشم"، مما يثير غضب سكان المنطقة.

يختار الكاتب "يحيى حقى" شخصية الطبيب ليخوض هذه الإشكالية المأساوية، وهو اختيار موفق يعبر بحق عن هذه العلاقة التبادلية بين الشرق والغرب، إلا أنه يحمل أيضًا ــ من وجهة نظر الكاتب ــ رمزًا لفشل هذه العلاقة. إن إقامة يحيى حقى بمنفلوط، ساهم فى تعرفه على موظفى الحكومة فى الأرياف، مما أتاح له فرصة اكتشاف التصرفات السيئة التى كانوا يتعاملون بها مع الفلاحين. يشغل هؤلاء الموظفون وظائف حديثة نسبيا فى المجتمع المصرى، تلك الوظائف التى تعتبر مستجلبات حديثة للأشكال الغربية فى الإدارة. إلا أنهم بديلا عن العمل على النهوض بالريف، يستغلون المجتمع الريفى ويمارسون أشكالا من الطغيان،

وسوء الإدارة، مما يسفر فى النهاية عن فشل هذا التحول، بل وعن زيادة العبء على المجتمع المصرى.

نجد بمذكرات يحيى حقى فى منفلوط، أن طبيب المركز كان من أكثر ممثلى الدولة نهبا فى الريف. يعيش هذا الطبيب فى منزل جميل نظيف، نموذج للثقافة الغربية، يقع فى قلب منفلوط وليس له مثيل بها[٢٠]. هذا الرخاء الذى يعيشه الطبيب – كما يصفه يحيى حقى – إنما هو نتاج النهب والاستغلال الذى يقوم به الطبيب قبل الفلاحين. ففى أحد الأيام يصاحب يحيى حقى – بصفته ممثل القانون – الطبيب إلى منزل رجل مسن تعرض لمحاولة قتل، وكانت إصابته خطيرة، وهناك يرفض الطبيب القيام بأى عمل قبل الحصول على أجره، وأثناء ذلك يموت المصاب،إلا أن الطبيب رغم ذلك يقوم بإجراء الجراحة حتى لا يخسر أجره. يستمر يحيى حقى فى سرد الوقائع المتعددة التى تكشف عن استغلال هذا الطبيب للفلاحين الذين يحتقرهم. ونلاحظ أن يحيى حقى، الذى ترجم "نوك" (Knock) لـ"جول رومان"، لا يكن أى احترام لأطباء بلاده، حيث يعتبرهم نسخة فاشلة من النموذج الغربى.

يحاول يحيى حقى فى رواية "قنديل أم هاشم" أن يصالح "إسماعيل" على مهنته بعدما هشم القنديل، فيكتشف إسماعيل أسلوبًا جديدًا يعود به مرة أخرى إلى الدين.

أطباء وكتاب ومناضلون

بعد عشر سنوات من صدور " قنديل أم هاشم"، تظهر أولى إصدارات طبيب شاب هو "يوسف إدريس"، الذى سيظل أحد الوجوه المهيمنة على الساحة الثقافية المصرية حتى وفاته عام ١٩٩١. يمثل "يوسف إدريس" جيلا من الكتاب الذين ربطوا بين العمل الأدبى والنضال السياسى خلال فورة أحداث (١٩٥٠- ١٩٦٠)،

وشارك فى هذا التيار أيضًا كل من "شريف حتاتة" و"نوال السعداوى" الماركسيان، حيث تعتبر "نوال السعداوى" المتحدثة باسم الحركة النسائية فى مصر(*)، وهى أيضًا طبيبة مثل "يوسف إدريس".

ولد "يوسف إدريس" عام ١٩٢٧ لوالد موظف، وعاش فترة الصبا فى الأقاليم، قبل الانتقال إلى القاهرة ليلتحق بكلية الطب، تخرج عام ١٩٥١، وبعد ثلاث سنوات من عمله فى قصر العينى، تم تعيينه مفتشًا للصحة فى مكتب الصحة بإحدى الأحياء الشعبية، وهى نفس فترة إصداره لمجموعة أعماله الأولى "أرخص ليالى"[٢١]. شارك أثناء دراسته فى الأحداث الجارية وقتئذ ضد الاحتلال البريطانى، مما أدى به إلى دخول السجن لأول مرة، باعتباره قريبًا من الأفكار الماركسية المتداولة، ومن الحزب الشيوعى المصرى، وسرعان ما يواجه السلطة الناصرية التى تضعه مرة أخرى فى السجن. يترك الطب عام ١٩٦٠ ليعمل فى المجال الأدبى، تاركًا لنا عند وفاته ٣٥٠ قصة، وعشر روايات وتسع مسرحيات[٢٢].

وبالرغم من تركه لمهنة الطب إلا أنها تلهمه فى الكثير من كتاباته، حيث تشكل المستشفى إطارًا لبعض أعماله. عين بجريدة الأهرام عام ١٩٧٣، فترك كتابة القصص واتجه للكتابة الصحفية التى رأى فيها امتدادا للعمل الوطنى[٢٣].

أما "شريف حتاتة" فولد عام ١٩٢٣ فى أسرة فى كبار البرجوازيين. كان طالبًا لامعًا فى كلية الطب ما بعد الحرب، شارك أيضًا فى الأحداث السياسية آنذاك، مما أدى به أيضًا إلى دخول السجن للمرة الأولى، ولكنه ينجح فى الهروب عام ١٩٥٠، وبعد مرور عام فى المنفى بباريس، يعود إلى القاهرة سرا، حيث يستعيد أنشطته السياسية فى الحزب الشيوعى، مما يكلفه عشرة أعوام أخرى فى السجن. يفرج عنه عام ١٩٦٤، ويعمل بوزارة الصحة المصرية قبل أن يصبح عام ١٩٧٣ خبيرًا لدى الأمم المتحدة، وفى السنة التالية ينشر أول جزء من ثلاثيته

(*) هكذا فى الأصل.. ونظن أنه حكم أصدرته الكاتبة يحتاج إلى مراجعة. (المحرر)

الروائية[٢٤] المستوحاة من فترة سجنه، فمن خلال شخصية "عزيز" ـــ بطل الثلاثية، والطبيب مثل الكاتب ـــ تحكى الأجزاء الثلاثة عن نضال المساجين السياسيين الذين يتعرضون للتعذيب الجسدى والمعنوى، ويسرد لنا الكاتب حياة "عزيز" من خلال تذكره للماضى من داخل الزنزانة، فنتعرف على كلية الطب، التى يتعرف فيها لأول مرة على الحياة السياسية، لينحاز على المستوى المهنى والنضالى إلى جانب البسطاء الذين يعالجهم، وفى الوقت نفسه يعمل على توعيتهم سياسيا.

أما "نوال السعداوى" الممثلة الأكثر شبابًا لهذا التيار، وزوجة "شريف حتاتة"، فهى أيضًا ملتصقة بالماركسية، ولكنها تناضل فى الأساس لصالح قضية المرأة. كان أول أعمالها "مذكرات طبيبة"[٢٥]، الذى ظهر فى ١٩٦٥ قبل أعمالها النسائية الأخرى، وتروى هذه المذكرات حياة امرأة شابة تختار الطب لتتحرر من أعباء المجتمع الذكورى الذى يقهرها.

تثور بطلة الرواية على التفرقة فى المعاملة بينها وبين أخيها، وترفض أن تساق إلى مصير سيجعل منها مجرد زوجة "لرجل تقوم على خدمته"، وتواجه الفتاة ـــ لكونها "فتاة" ـــ برفض العائلة لموقفها، وبالتالى تختار الطب لتضمن تحررها من خلال عملها الذى سيجلب لها الاحترام والثراء. تبدأ بطلة الرواية بقدر من الثورة على الأسرة والرغبة فى التحقق الذاتى، لتأخذ مسارًا أكثر إنسانية مع تطور الأحداث واتساع خبرتها المهنية، حيث تكتشف القيم التى تتجاوز ذاتها المحدودة.

تنشغل أعمال هؤلاء الكتاب الثلاثة بهمٍّ مشترك، يتمثل فى قراءة الظروف الإنسانية، والتعاطف مع ضحايا الظروف الاقتصادية والاجتماعية، وتضفى هذه الأعمال نظرة مغايرة عن الصورة السائدة لابتعاد الطبيب عن قضايا وطنه، حيث لا يتردد هؤلاء الأطباء فى الانغماس والاهتمام المهنى بكل ما يتعلق بهموم الشعب، فيقرون جميعًا أنهم استفادوا من خبرتهم المهنية فى اكتساب خبرة واسعة أدت بهم إلى التعرف بعمق على الجانب النفسى والاجتماعى لمجتمعهم، فقضية

"الإنسانية " بالنسبة لـ"يوسف إدريس" تعد من القضايا الدائمة التى يتناولها بقلمه الأدبى.

تجتاز بطلة "نوال السعداوى" أولى خطوات النجاح والتأكد أمام زملائها فى الكلية من خلال قيامها بالتشريح لأول مرة دون تردد أو ضعف، عكس ما كانوا يتوقعون، مما يقربها من فهم أكثر عمقًا للمكنون الإنسانى، فالجثة بدت قطعة من اللحم لا تحمل مظاهر النوع الجنسى، بالإضافة إلى أن الصراع داخل المستشفى يخرج قضية الرجل/المرأة إلى إطاره الأوسع، "الإنسانية"[٢٦].

تدور أحداث بعض روايات "نوال السعداوى" فى الأرياف، لتظهر لنا بؤس وفقر الفلاحين. وبالرغم من عدم اشتغال "يوسف إدريس" فى الريف،إلا أن الكثير من أعماله تدور فى هذا المحيط، حيث يرسم لنا صورًا من الفقر والبؤس فى الأرياف، مثل هذا الرجل الفقير الذى بالرغم من عجزه عن توفير الغذاء لأطفاله، يفضل المكوث بالقرب من زوجته لإنجاب مزيد من الأطفال (أرخص ليالى)، أو مثل شخصية "عزيزة" ـ الشخصية المحورية فى رواية "الحرام" ـ وهى من الأعمال القليلة التى تدور أحداثها وسط عمال التراحيل الزراعيين، أولئك الذين يعتبرون من أكثر الفئات بؤسًا فى المجتمع المصرى.

وقد استطاع هؤلاء الكتاب، نظرا لخبرتهم الشخصية الواسعة، أن يعطونا صورًا عن البؤس داخل المستشفيات، حيث يؤدى الوصف الدقيق للحالة الإنسانية داخلها إلى إضفاء بعد مأساوى على الأحداث.. فنجد شخصية "عبده" عند "يوسف إدريس"، الذى يبيع دمه من أجل توفير الغذاء لأسرته. كما يمكن أن نرى محن "على أسيوط" الفلاح الفقير الذى جاء لتلقى العلاج فى مستشفى قصر العينى ـ هذا الصرح الطبى بالقاهرة ـ وكيف أرجحوه من قسم إلى آخر. ونجد هذا النائب الشاب الذى يحاول لمدة خمس ساعات إنقاذ أحد الضباط من ضحايا البوليس السياسى الذى أمر الملك باغتيالهم، والتى تنتهى محاولاته بالفاشل حيث يموت الضابط.

وفي "لغة الآي الآي" قصة "يوسف إدريس"، يساق أحد المرضى بمرض غير قابل للشفاء إلى الطبيب، الذي يقترح أن يأويه حتى يتم قبوله بالمستشفى، وأثناء الليل يصاب المريض بآلام حادة، لا تجدي معه المسكنات نفعًا، فيأخذ في الصراخ المؤلم حتى يوقظ المحيطين، وهو الصراخ الذي يعبر أيضًا عن الألم الصامت للطبيب، ويعبر الصراخ داخل جدران المستشفى أيضًا عن فقدان "عزيز" للثقة في قدرة السلطة الطبية، وهو ما يؤدي به إلى اختيار النضال السياسي الذي سيمحو آلام الإنسان، حيث يروي "عزيز" لصديقه أن الصراخ الذي كان يصدر من المصاب الفلسطيني يلخص كل الآلام، صراخ اغتيال البراءة ورفض قسوة الحياة مع الطغاة(٢٧).

يؤدي هذا الاهتمام بمصير الإنسانية وبؤس الإنسان إلى تغيير صورة الطبيب، من صورة الطبيب البرجوازي البعيد عن الجمهور، إلى صورة الطبيب المرتبط بالمجتمع مع الاحتفاظ بصورته المهيبة والمحترمة في الوقت نفسه. بل إن الجمهور يضفي على الشاب لقب الدكتور قبل أن يحصل على هذا اللقب، مثلما نرى مع الشخصية التي يحكي عنها "يوسف إدريس"، الطالب في السنة التمهيدية بكلية الطب، مثار إعجاب أهل قريته الذين يهرعون إليه لاستشارته طبيا، إذ إنهم يرون فيه العالم رغم علمه الضئيل(٢٨). لم نعد نرى النجاح الاجتماعي المرتبط بالممارسة المهنية للطب في كتابات هؤلاء الكتاب إلا كعنصر ثانوي، فالبطلة لدى "نوال السعداوي" تكتشف ــ بعد أن أصبحت طبيبة مشهورة ــ أن عيادتها شاغرة على الدوام ، وأن جمع المال هدف سطحي يعيق القدرة على الشعور بالتعاطف الحقيقي.

أما بالنسبة لــ"عزيز" في ثلاثية "شريف حتاتة"، فإن اختيار الطب ليس إلا امتدادًا طبيعيا لانخراطه في العمل السياسي، فنجده خلال سنوات الدراسة، بينما يحلم زملاؤه بالممارسة في المدينة من أجل الثراء، يحلم هو بممارسة المهنة في الأرياف بالقرب من الفقراء ليصبح طبيبًا حقيقيا(٢٩) وليس متاجرًا بالمرض(٣٠)، فلا

تزال الحالة الصحية فى الأرياف شديدة الهشاشة، ولا يسع شاب قرر تغيير المجتمع إلا أن يتأثر بها، وأن يأخذ على عاتقه علاج الأمراض المتفشية فى أرجاء الريف، ويذكرنا بأن من أسباب الأمراض الباطنية للفلاحين يأتى فى المقدمة كل من الفقر، والأكواخ التى نسميها بيوتًا ويسكنها الفلاحون، والجوع، والعمل بأقدام عارية فى الطين، بالإضافة إلى الأسباب البيئية الأخرى(٣١). كتب شريف حتاتة أيضًا عام ١٩٦٥، كتابًا للتعريف بالأمراض المتوطنة، يذكر من خلاله بالأولويات الطبية التى يجب أن تنهجها مصر، وأعاد إحياء الشعارات الوطنية التى راجت فى الثلاثينيات من هذا القرن، والتى كانت تدعو إلى القضاء على الفقر والمرض و الجهل.

من المرجح أيضًا أن البعد الأخلاقى والسياسى هما السبب وراء قيام "يوسف إدريس" بوصف الممارسة الروتينية بكل هذا التعاطف والمحبة، عندما كان يصف العمل بأحد مكاتب الصحة التى عمل بها شخصيا، فيصف "يوسف إدريس" فى "بيت من لحم"(٣٢) يوم عمل فى مكتب الصحة حيث يلتقى الطبيب مع أربع مراحل من الحياة، الميلاد والطفولة والشباب والموت. تسجيل المواليد عمل غير جذاب بالنسبة للطبيب، إلا أنه يتخذ بعدا شاعريا لدى الكاتب، فيشبه الطبيب بالملاك "رضوان" ــ حارس الجنة ــ حيث لا يدخل أو يخرج أحد دون إذنه(٣٣)، ويجد الطبيب لذة كبيرة فى فحص تطعيمات المواليد الجدد، يشبههم بباقة الياسمين التى يشمها كل صباح(٣٤)، وما أجمل اللحظة التى يقابلهم فيها بعد عدة سنوات وقد صاروا أطفالا(٣٥) يأتون للحصول على شهادة التطعيمات للدخول إلى المدرسة، وأخيرًا وبكل التعاطف، نجده يستقبل الكبار بوجوههم القلقة الواجمة المجروحة المتعبة من جراء الجرى وراء لقمة العيش لانتزاعها من أفواه الآخرين قبل النهاية ولقاء الموت.

يساهم الطبيب/الكاتب ــ المعايش لثورة ١٩٥٢ ــ فى بناء صورة إيجابية عن الطبيب، ولكنها حين يعاد نشرها من خلال وسائل الإعلام يتم إضفاء إسقاطات أخرى عليها.

التلفزيون: قناة معيارية

دخل التلفزيون إلى مصر عام ١٩٦٠ بمناسبة الاحتفال الثامن بثورة يوليو، وحقق نجاحًا منقطع النظير، واليوم يقتحم التلفزيون غالبية البيوت بما فيها بيوت الفقراء أيضًا، حتى اخترق القرى والنجوع التى نجد بها جهازًا على الأقل فى أحد المقاهى.

يعتبر هذا الجهاز، المنتشر حتى وسط الأغلبية الأمية، أداة مهمة بأيدى الطبقات المهيمنة التى تستخدمه لنشر قيمها وسط الطبقات الشعبية. حيث تحمل برامج التلفزيون المصرى فى طياتها عنصر الترفيه، بالإضافة إلى العنصر التربوى، ولأن التليفزيون يريد أن يقوم بدور المربى، فقد افرد مجالا للكلمة أكثر من الصورة التى استعارها من الخارج فى كثير من الأحيان. فليس من الغريب أن نجد فيلمًا وثائقيًا عن تعليم الأطفال باللهجة الدارجة، أو عن وسائل المواصلات، ونلحظ فيه بوضوح أن الصورة المستخدمة من الغرب وأنها قديمة بعض الشيء.

تتبع البرامج الإعلامية والتربوية أسلوبًا ثابتًا، يفتقر إلى الصور المصاحبة للأحداث، سواء تعلق الموضوع بالطاقة الشمسية أو البطالة أو أدب الأطفال، فنجد عناصر البرنامج عبارة عن مذيع ومتخصص، يجلسان ليتبادلا سؤالا و جوابًا، والحدث الوحيد هو انتقال الميكروفون بينهما. فاليوم التلفزيونى عبارة عن سلسلة من اللقاءات الثابتة فى الأغلب بدون صور توضيحية، يتخللها أفلام ومسلسلات وإعلانات، هى مصدر الصور الوحيد فى التليفزيون.

تنتشر البرامج الطبية فى التليفزيون المصرى، فكل من القناتين القوميتين[٣٦] تقدم مرة كل أسبوع، أو عدة مرات فى الأسبوع، برامج منتظمة من خمس دقائق

إلى نصف ساعة، يتم خلالها استضافة أحد الأطباء للحديث عن مشكلة طبية أو مرض معين.

يستطيع المشاهد المتعطش أن يتابع أسبوعيا برامج طبية، يصل إجمالى بثها على القناتين إلى خمس ساعات، وذلك دون احتساب الإعلانات ذات الطابع التعليمى، كالحملات القومية مثل تنظيم الأسرة ومقاومة البلهارسيا. ويعتبر يوم الأربعاء يومًا حافلا بالخطاب الطبى، الذى يمكن أن يصل إلى ساعة ونصف الساعة، يبث عادة فى الظهيرة وفترة ما بعد الظهر، وتستهدف هذه البرامج النساء على وجه الخصوص، وهن الجمهور الأكثر اهتمامًا بقضايا الصحة داخل البيوت، خاصة فيما يتعلق بالأطفال، وتبث الإعلانات التربوية التى تستهدف جمهورًا أوسع طوال اليوم، خاصة فى ساعات الذروة.

تهدف البرامج التلفزيونية التى تستضيف الأطباء إلى الاحتفاء والإقرار بشرعية هذه المهنة، فتستضيف البرامج التى تلقى الضوء على حياة أحد المشاهير المصريين (مثل برنامجى حياتى ودردشة) الكثير من الأطباء بالإضافة إلى العديد من الفنانين، حيث يروى الطبيب عن حياته المهنية، بداية من كلية الطب بالقاهرة،إلى وصوله لإحدى الجامعات الأجنبية الشهيرة، بالإضافة إلى ممارساته اليومية والمعجزات التى قام بها فى غرف العمليات فى المستشفيات الكبرى، ليرسم مسيرة من النجاح الاجتماعى هم رموزها.

ومن جهة أخرى هناك بعض البرامج ذات الطابع الدعائى الواضح، التى تهدف إلى تمجيد التقدم التقنى (الجديد فى الطب)، حيث يظهر الطبيب باعتباره الممثل النموذجى للحداثة. وتهتم الصحافة أيضًا بالجديد فى المجال الطبى، مما يدفع التليفزيون لإفساح المجال للأطباء للحديث عن الوسائل الجديدة فى الطب، وأخيرًا تهدف البرامج الطبية إلى تقديم الطبيب باعتباره المتحدث الشرعى فى هذا المجال.

تلك هى سياسة الفئات المهيمنة على جهاز التليفزيون، التى تنصب الطبيب باعتباره الوحيد القادر على الحديث العلمى فى مجال الطب، وهى الصورة التى يجب أن تراها الفئات الشعبية، فنجد الطبيب فى معظم البرامج يظهر بنصفه العلوى أمام الكاميرا، ليدلى بدلوه فى المجال الطبى، مرتديًا البذلة ورابطة العنق وليس البالطو الأبيض كما يظهر فى الأفلام، أو نجد فى الخلفية مكتبة مليئة بالكتب، لإبراز غزارة معارف الطبيب وقدراته. وحين يستدعى الطبيب لإقامة حوار مع من هم أدنى منه معرفة، يتم الحوار باللغة الدارجة، ويبذل الطبيب جهدًا فى عدم استخدام المصطلحات الإنجليزية، وتظهر شرعية تمثيله فى خدمة المرضى من خلال توقيع الكشف على مرضى أمام الكاميرا، أو الإجابة على أسئلتهم عبر الهاتف، أو الرد على رسائلهم.

يتمحور الدور الثانى، الذى يتعين على الطبيب ممارسته عبر وسائل الاتصال المملوكة للدولة، فى الدعاية للسياسة الرسمية فى المجال الصحى، حيث تتصدر رعاية الأمومة والطفولة قائمة الاهتمامات، تليها الأمراض المتوطنة والمعدية مثل البلهارسيا والتيفود و الحصبة، ولا يمل الأطباء من تكرار أسباب الأمراض وسبل الوقاية منها.

ويلعب الأطباء دورًا ثالثًا، يتمثل فى محاولة فرض القواعد الطبية فى مجال الصحة العامة، إذ إن أكثر الأمراض انتشارًا فى مصر ترجع إلى شروط الحياة العامة غير المناسبة، وفى إطار محاولة تصحيح القواعد العامة وتقريبها من سلوك الطبقات المهيمنة، يتحول التليفزيون من خلال أحاديث الأطباء إلى جهاز لنشر القيم الثقافية.

فمرض السكرى – وهو من الأمراض المنتشرة فى مصر، إذ يصيب من ٢إلى ٣ مليون فرد، كما يذكر أحد المتخصصين – فهو نتيجة سوء التغذية وغياب ممارسة الرياضة، ومرض السل – الذى ظهر من جديد – يمكن أن ينتقل إلى المدخن عن طريق الشيشة، كل تلك المظاهر تذكر بضرورة اتباع القواعد الصحية

العامة، التى يحاول بثها ممثلو الطبقات العليا. وتتلخص هذه القواعد فى اتباع نظام غذائى معتدل وصحى ـ قليل الدسم ـ مع مراعاة عدم التدخين، ومزاولة الرياضة، واحترام قواعد النظافة العامة، وعدم تناول العقاقير بدون استشارة الطبيب.

لكن يبدو فى الحقيقة أن كل هذه الخطابات لا تجد آذانا مصغية من الجمهور المستهدف، فغالبية المشاهدين لا ينصتون جيدًا بالرغم من ترك جهاز التليفزيون مفتوحًا طوال الوقت، بالإضافة إلى أن تركيز البرامج الطبية على الكلمة بدلا من الصورة يؤدى فى النهاية إلى خلط الكلمات وضياعها، وبالرغم من الجهود المبذولة الذى يقوم بها الطبيب للشرح من خلال استخدام اللغة الدارجة المبسطة،إلا أن قصر مدة البرامج يدفعه إلى تلخيص المفاهيم سريعًا فى قضايا تعتبر فى ذاتها معقدة، وبالتالى حين نسأل المشاهدين، نكتشف مدى اختلاط الأمور فى أذهانهم(٣٧)، وفى خضم كل هذه المعلومات المختلطة، يحتفظ المشاهد بصورة للطبيب باعتباره السلطة الشرعية فى هذا المجال(٣٨).

فمن خلال الطبيب يقول التلفزيون الحقيقة فى الأمور الطبية، وفى حالة تعارض المعلومات المستقاة من الأهل والأصدقاء فإن كلمة التليفزيون تكون هى الأكثر مصداقية(٣٩). وعلى الرغم من كل ذلك فإن مقام الطبيب ومعارفه لا تقارن بالممثلين، فبالرغم من تأكيدات المشاهدين بأن الطبيب هو المتحدث الرسمى فى الأمور الطبية،إلا أن الرسائل الأكثر استيعابًا من قبل الجمهور كانت تلك التى أداها الممثلون، وهكذا نجح الإعلان التربوى الخاص بالبلهارسيا ـ الذى استمر لعدة سنوات ـ فى التعريف بأن هذا المرض ينتقل عن طريق الترع، حتى وإن لم تؤد هذه المعرفة إلى تغيير العادات. وساهم هذا النوع من الرسائل الدعائية فى التعريف بالكثير من الأمراض والأفكار، التى جمعت بين جمال الصورة والتواصل الاجتماعى(٤٠) والبعد التربوى، فكانت "كريمة مختار" سببًا فى نجاح حملة تنظيم الأسرة.

باستثناء تلك المفاهيم الطبية المبثوثة، هناك لجوء متكرر إلى الأقوال المأثورة،وإلى الحكم الشعبية لشرح الأمراض والعلاجات. وتصطدم الجهود التربوية للأطباء فى التليفزيون، مع العادات والممارسات اليومية الممزوجة بالكثير من الخرافات، خاصة فى مجال اللجوء للعقاقير التقليدية البسيطة المصنعة من الأعشاب (قهوة للجروح، ومنقوع الحلبة لأوجاع المعدة ...)، فيتعرض الخطاب الطبى الشرعى للمنافسة من قبل مصادر المعلومات الشعبية، وكبار السن فى الأسر، أو الممارسين التقليديين، مرجعية مزدوجة تتيح للفرد إعادة صياغة معارفه الطبية دون التضحية بمعتقداته.

الصحافة غير المتخصصة
إعادة طرح القضية بجذر

تظل الصحافة وسيلة معلومات ذات تقدير عال، حتى وإن كانت أقل انتشارًا من التليفزيون، ومنذ السبعينيات من القرن العشرين، ازداد عدد الصحف بشكل كبير، فمعظم التيارات السياسية أصبحت تمتلك جريدة يومية أو أسبوعية، وفى واقع الأمر فإن حركة الديمقراطية فى مصر تعبر عن نفسها من خلال الصحف المكتوبة، وأحيانًا نجد آراء حرة، حتى فى الصحف القومية، حيث لا يتردد الصحفيون فى الحديث بعنف عن الأوضاع المتردية الناجمة عن إهمال السلطة، فالصحافة تظهر باعتبارها الضمير الحى، والمتنفس للمشاعر الطامحة للديمقراطية، التى تجد صعوبة فى التعبير عن نفسها فى أماكن أخرى.

يمكننا إذا من خلال قراءة الصحف، الكشف عن قضايا تهز الصورة المثالية للطبيب الناجح اجتماعيا وصاحب المعارف العلمية الغزيرة، فالصحف هى أول من تكلم عن أزمة الأطباء الشبان منذ منتصف السبعينيات من القرن العشرين.

تتوجه كل جريدة بحسب انتماءاتها السياسية إلى جمهور أو فئة اجتماعية

معينة، وكل جريدة تلقى الضوء على العالم الطبى بحسب وجهة نظرها، ففى جريدة الأهرام ـــ التى تتوجه إلى القارئ البرجوازى والمثقف ـــ نجد فى صفحة الاجتماعيات هيمنة للسلك الطبى الذى يظهر ثقله الاجتماعى، ويتعلق الأمر فى الحقيقة بنوع من الدعاية المقنعة (الدكتور فلان يهنئ الدكتور علان، لحصوله على درجة الدكتوراة فى البيولوجيا الطبية، ولافتتاحه عيادة خاصة على أحدث طراز من التقنيات العلمية). أو بشكل أكثر حميمية (الدكتور فلان، نحن نهنئكم بعودتكم من الخارج، وبافتتاح عيادتكم ١٢٣ شارع .... توقيع: زوجتك وبناتك). أو الإعلان عن مؤتمرات طبية، تقام عادة فى الفنادق الكبرى بالعاصمة. أو التنويه عن زيارة أطباء أجانب لأحد الفنادق الخاصة (دكتور علان مدير قسم الخصوبة فى مستشفى ليستر بلندن، متخصص فى الخصوبة وعلاج العقم، للحجز ت: .... حتى ٣٠ نوفمبر ١٩٩٣). هذه الإعلانات ممنوعة من حيث المبدأ، إلا أنها تظهر هيمنة النموذج الطبى، الإقامة فى الخارج، عيادات على أحدث طراز، وسياحة علمية.

وفى جريدة مثل الأخبار ـــ المتوجهة إلى جمهور أكثر شعبية ـــ نلحظ مظاهر احترام بسطاء الناس فى تعاملهم مع هؤلاء الأطباء الناجحين البارزين فى الأهرام. فنجد فى أحد الأبواب "أخبار المجتمع" إعلانات شكر موجهة من الجمهور إلى الأطباء بمناسبة نجاح عملية (يشكر فلان الأستاذ علان وفريقه الطبى بمستشفى "...." بمناسبة نجاح العملية).

أما جريدة الوفد ـــ التى تمثل اليمين الليبرالى ـــ فتقدم نموذج الطبيب المناضل، حيث يمتلك الحزب عيادة مفتوحة لأعضائه والتابعين له، وتقوم الجريدة بالدعاية المكثفة لها، بالإضافة إلى القافلة الطبية للوفد التى تقوم بحملات طبية فى الأقاليم.

وجريدة الشعب الأسبوعية ـــ الممثلة للتيار الإسلامى ـــ تقدم من خلال "عيادة الشعب" صورة الطبيب الخير الذى يقدم المساعدة لأخيه، ونجد باب البريد

الطبى للقراء، بالإضافة إلى المقالات المعلوماتية القصيرة التى تلقى الضوء على الأحداث والاكتشافات الطبية الخاصة، وفى هذا الباب يسأل القارئ ويجيب الطبيب. ويزداد عدد الأطباء المنضمين لعيادة الشعب يومًا بعد يوم ، كما أن هناك رسائل أخرى تدعو إلى التبرع بالدم، أو الحصول على البلازما، أو التبرع بالمال لتلقى العلاج فى الخارج، وهناك بعض المقالات التى تعتبر اتهامات جديدة ضد النظام الصحى الذى تنهجه الدولة.

تعكس الصحافة على وجه العموم أيديولوجية التقدم التى تنهجها البرجوازية، إذ تبرز التقدم التكنولوجى فى المجال الطبى الذى تدافع عنه السلطة السياسية والصفوة المهنية، فتفرد أغلبية الصحف اليومية والأسبوعية صفحة مستقلة لآخر التطورات والاكتشافات التكنولوجية الحديثة فى هذا المجال، وتنقسم طبيعة الأخبار الطبية إلى ثلاثة أنواع: النوع الأول يقدم التقدم التقنى والعلمى فى الغرب، والنوع الثانى يعلن عن نتائج الأبحاث الطبية فى مصر، أما النوع الثالث فيربط بين الأول والثانى ليبين اندماج مصر فى حركة التقدم، مظهرًا الأساليب الجديدة المتبعة والمتوفرة فى مصر، مدعمًا بالصور التوضيحية العالية الجودة، ليؤكد على الجانب الحديث للنظام الصحى المصرى.

إلى جانب أسلوب المديح الموجه لمهنة الطب، تهتم الصحافة بتتبع الحدث، فنجدها قد ألقت الضوء على موضوع ما ثم سرعان ما تجاهلته من جديد ليدخل دائرة النسيان مرة أخرى، والعالم الطبى ليس بمنأى عن هذا الأسلوب، فنجد الصحافة فى كثير من الأحيان، ونظرًا لقسوة القضايا المطروحة (دماء وأموات) تنحاز إلى جانب المريض المستغل.

هكذا نجد باستمرار فضائح تكشفها الصحافة وتفرد لها سلسلة من المقالات، لتشير إلى غياب أطباء الأقاليم، أو نقص فى الأجهزة الطبية فى المستشفيات العامة، أو لتلقى الضوء على العيادات الخاصة غير القانونية التى تمارس دون ترخيص، والتى تطلق عليها "عيادات الموت".

ومن أكثر القضايا انتشارًا فى الصحافة، قضية الأخطاء المهنية التى تصل إلى حد وفاة المريض، مما يؤدى إلى إصدار اتهامات عنيفة ضد الأطباء، فتجرى تحقيقات عميقة ودقيقة مع إضافة أسلوب درامى فى الكتابة، وفى هذا الإطار نشير إلى جريدة الأخبار[٤١]، التى نشرت عام ١٩٨٧ خبر إصابة رجل فى الأربعين من عمره بالعجز الجنسى، نتيجة إجراء عملية بروستاتا (نوع العجز يضفى دراما على الحدث)، فقد أجرى العملية طبيب شاب داخل مستشفى عام، ويدعو هذا الخبر فى طياته إلى إعادة النظر فى النظام الطبى للبحث عن المسئول، لكن بالرغم من مقابلة الصحفى للعديد من أعضاء السلك الطبى من أساتذة ووزير الصحة،إلا أن الإجابات ظلت غير محددة، وأخيرًا تأتى كلمة نقابة الأطباء[٤٢] ــ التى لها الكلمة الفاصلة فى القضية ــ فتبرئ الطبيب من كل الأخطاء، وتذكر أن السلك الطبى لا يعمل من جراء نفسه، ولكنه يخضع لرقابة النقابة التى تفصل بين أعضائها، ثم تدخل القضية طى النسيان إلى أن تثار قضية مماثلة من جديد.

وبالرغم من إفساح المجال قليلا للمريض كى يدافع عن نفسه، نظرًا لتكرار الأخطاء الطبية،إلا أن الكلمة الفاصلة داخل نقابة الأطباء ظلت بعيدة عن المراقبة الخارجية، مما أحاط القرارات بعدم الشفافية.

ومن جهة أخرى لا يبدو أن اهتمام القارئ يتعدى مجرد قراءة الخبر، فلا نجد سوى عدد قليل من الشكاوى المقدمة من قبل المرضى، حوالى خمسين شكوى سنويا، معظمها فى إطار إجراء عمليات الإجهاض الممنوعة فى مصر. ومما لا شك فيه أن نشر مثل هذه الأخبار، يؤجج المناقشات فى الشوارع والمقاهى، إلا أن الضحية فى كثير من الأحيان، وبسبب الجهل الطبى، تفشل فى إثبات حقها، بل وتحيلها إلى أسباب قدرية.

نظرة المريض

الجهل بالمرض

أدى النظام الطبى فى المجتمعات الحديثة إلى التمييز بين مجال المرض والصحة وبين باقى مجالات الأنشطة الاجتماعية، ومن خلال هذا التمييز اختص الطبيب بمهمة محددة، يكون فيها هو المسيطر، بالإضافة إلى إضفاء الاحترام والهيبة على صورته. وبهذا نجح الطبيب من خلال خطابه فى إبعاد المعتقدات والممارسات التقليدية، ووضعها فى إطار اللاشرعية.

يعتمد الطبيب لتحقيق استمراريته وبقائه، على أفراد يقررون اللجوء إليه طلبا للعلاج، وبالتالى يجب على الطبيب أن يجد أسلوبًا يمكنه من إقناع هؤلاء الأفراد ليتقبلوا ممارساته وطريقة عمله[٤٣]، وفى بلد مثل مصر، جاء الطب الحديث وأشكال ممارساته الطبية ليصطدما بمجتمع تقليدى، ينظر إلى المرض بطريقة مختلفة، حيث ظلت الطرق التقليدية فى العلاج تسير جنبًا إلى جنب مع الطرق الحديثة.

فى الأوساط الشعبية المصرية ينظر إلى الجسد باعتباره نظامًا معقدًا، يتكون من أعضاء مختلفة غير محددة الوظائف، حيث يظل الجسد من الداخل من أكثر الأمور غموضا، لا يعرفه إلا الطبيب، أما الجزء الخارجى من الجسد فأكثر وضوحًا، محدد الوظائف والأسماء[٤٤]. وترتبط جودة الصحة بتناول الغذاء الغنى والوفير (لبن ولحم)، وتعتمد على نمط معتدل من الحياة دونما إفراط.

حين يظهر المرض لا يتم التعامل معه على أساس أن ذلك نتيجة خلل فى أحد أعضاء الجسد، وإنما يرتبط "بحدث اجتماعى معين"[٤٥]، وفى الواقع يعتبر الجسد مرتبطًا ارتباطًا عضويا بالروح، وعليه فهو بوتقة الأحداث الاجتماعية

الخارجية التى تصيب الفرد، ومن مظاهرها المرض، فالمرض إذًا يعد نتاج انقطاع فى وظائف الجسد المتناغمة، بسبب حدث طبيعى، أو غير طبيعى، أو بسبب شخصى. وهذا المفهوم السببى للمرض بعيد كل البعد عن مفهوم علم تصنيف الأمراض الخاص بالطب الحديث، الذى يرتبط فقط بالثوابت البيولوجية.

هذه المعتقدات الشعبية وريثة التقاليد الإسلامية الجالينوسية، حيث يتم تفسير حدوث المرض بأسباب طبيعية، كالتعرض للهواء البارد أو الساخن، الذى يعد من أهم أسباب تفسير الأمراض، مثل نزلات البرد وآلام المعدة والشلل الذى يصاب به الأطفال، ونجد الرطوبة أيضًا من الأسباب المستخدمة لتفسير الأمراض الصدرية.

ويمكن للأسباب الخارقة للطبيعة أيضًا أن تسبب الأمراض، عن طريق "الجن"، اتباعا للمعتقدات الدينية لما قبل الإسلام، والتى ذكرها القرآن(٤٦) أيضًا، وهذه الأرواح الخارقة للطبيعة، والتى تتخذ فى المخيلة أشكالا شبيهة بالإنسان، تشكل مجتمعًا موازيا للمجتمع الإنسانى، يدخلونه عندما تكون الظروف مواتية، وبعض هذه الأرواح شريرة، تحتل بعض الأماكن العامة أو الخاصة مثل الحمام، وتهاجم ضحاياها فى بعض مناطق من الجسد، كالرأس والعيون والكبد، أو أحيانًا تسبب العقم والولادات الكاذبة ووفاة المواليد(٤٧)، بالإضافة إلى الأمراض العقلية والعصبية والاكتئاب.

وأخيرًا قد ترجع الأمراض لأسباب خاصة مثل "الحسد"، حيث يتعرض الإنسان للعين الشريرة أو حسد إنسان آخر وخاصة النساء، والحسد منتشر فى حوض البحر المتوسط وموجود فى ثقافة الرسول، والأكثر عرضة للحسد هم الأكثر ضعفًا، مثل الأطفال والحوامل أو حديثى الولادة، ويقوم كثير من الفلاحين وأفراد الطبقات الشعبية بحماية أنفسهم وخاصة الأطفال من الحسد من خلال التمائم والأحجبة.

تنوع الأساليب العلاجية

وبالرغم من انتشار الطب الحديث فإنه يوجد علاج تقليدى لكل مرض بحسب السبب الأصلى لهذا المرض، وقد كان هناك ـ قبل دخول الطب الحديث ـ فئات تقوم بالممارسة الطبية التقليدية فى الأوساط الشعبية، وكانوا يتخصصون فى فرع من الفروع الطبية، ويستقون علمهم فى الغالب من بقايا التراث الطبى العربى، ومن بعض الوصفات التى تخلط بين ما هو سحر وما هو دين، مستوحى من الطب السنى، أو المأخوذ عن الرسول.

وكانت تلك الفئات تملك نفوذًا كبيرًا لانتشارها فى البلاد، وللجوء الناس إليها فى حالة المرض، ولم تغب أهمية هذه الفئات عن أصحاب الاتجاه الجديد منذ كلوت بك حتى المحتلين البريطانيين، حيث ادمجوهم فى الشبكة الرسمية للخدمات الصحية، فكان الحلاق فى كل قرية ـ بعد حصوله على فترة قصيرة من التأهيل ـ مسئولا عن تسجيل المواليد والوفيات، وكان لزامًا عليه أن يتصل بطبيب المركز فى حالة مرض أحد الفلاحين بمرض يفوق قدراته العملية.

استمر اللجوء إلى الأساليب العلاجية التقليدية خلال القرن العشرين، ولكن بعد ثورة ١٩٥٢ ـ التى اتخذت من الطب الحديث ومن الأطباء الجدد أداة لنشر مبادئها فى أرجاء البلاد ـ لم يعد مقبولا استمرار منافسة هؤلاء الممارسين التقليديين المتهمين بالرجعية والتخلف، ولذا قامت وزارة الصحة عام ١٩٦٩ بإلغاء التراخيص الممنوحة لكل من الحلاقين والدايات.

استطاعت السياسة الصحية الموجهة للجماهير، بالرغم من قلة إمكانياتها وقصر مدة وجودها التى لا تتعدى ثلاثين عامًا، أن تجعل من الطبيب الحديث المرجعية الطبية للمرض، فأصبح المريض يلجأ للطبيب عند الإصابة بالمرض، ولكن ذلك لا يمنعه من البحث عن طرق علاجية أخرى.

هناك إذًا ازدواجية فى أساليب العلاج بالمناطق الشعبية المصرية، وخاصة فى المناطق الريفية، فلا يأتى اختيار طريقة من الطرق على حساب الأخرى، ويختار المريض اللجوء إلى الطريقة التقليدية بحسب نوع المرض، أو بسبب الإمكانيات المالية الضعيفة، أو البعد عن مراكز الصحة، فالطبيب والعقاقير تكلف المريض فوق طاقته، مما يدفعه للجوء إلى الحلاق الذى لن يحمله الأعباء المالية نفسها. وتكشف لنا رواية أحد الفلاحين الأميين عن المعاناة التى تكبدها بسبب ابنه الجريح : وقع ولدى أثناء اللعب مع زملائه فى المدرسة، وعندما عاد إلى المنزل كان يشكو من وجع فى ذراعه، فأرسلته إلى المجبراتى، وحين قام المجبراتى بتدليك ذراع ابنى، أشار إلى نقطة يتركز فيها الألم، نظرت فوجدت المكان منتفخا، فقال لى المجبراتى إن وقوع ولدى هو الذى سبب هذا الورم، فطلبت منه عدم الاستمرار وترك الولد، ثم ذهبت به فورًا إلى الوحدة لرؤية الطبيب، وهناك اكتشفت أن هذا الأخير فى إجازة، وبالتالى ذهبت إلى الحلاق الذى قال لى إن الولد عنده خراج داخلى، ويمكن أن يجرى له عملية، فطلبت منه عدم إجراء العملية، وإعطاءه مسكنًا فقط، فأعطاه دواء وحقنة وانتظرنا إلى اليوم التالى، لحين عودة الطبيب لإجراء العملية، ثم ذهبنا عدة مرات إلى حلاق آخر يعمل فى الوحدة الصحية، لتغيير الضمادات وإعطاء الولد حقن بنسلين(٤٨).

إذًا فهناك متخصص لكل مرض، فإذا تعلق الأمر بحرارة مرتفعة وآلام حادة، يذهب المريض فورًا إلى الطبيب، فتلك مظاهر لمرض شديد، والأحداث المرضية الجسيمة ترتبط بالطب الحديث، وتحديدًا بالمستشفى.

أما الأمراض الأقل خطورة، فيتم التعامل معها من خلال الحلاق الذى يستخدم أساسًا الموس، ويقوم بالجراحات الصغيرة (فتح خراج..) والإسعافات السريعة للعيون والجلد، كما أنه متخصص فى عمليات الطهارة بلا منازع، ويساعد سهولة الحصول على العقاقير من الصيدليات على استمرار تواجد الحلاقين فى المجال الطبى، فتظل حقن العضل والوريد من العلاجات السريعة التى يلجأ إليها المرضى.

ومهنة المجبراتى متوارثة أبًا عن جد، إلا أنها من أكثر التخصصات التى ينظر إليها بريبة من قبل الجمهور، حيث يقوم المجبراتى بعمل الجبائر والضمادات لجروح العظام، كما يمكنه التمييز بين الكسور والالتواءات، كما يمكنه علاج الفقرات وجروح الفم وضربات الشمس.

وفيما يتعلق بالأمراض النفسية والعصبية، هناك أنواع من العلاج بالسحر، ومن أشهر أساليب العلاج اللجوء إلى الزار — الذى أتى فى الغالب من السودان — والزار هو عملية إخراج الجن من جسد النساء غالبا، وفيه تقوم "الكودية" بمراسم تحاول بها التقرب إلى الأرواح التى تسكن جسد الضحية، من خلال تقديم الهدايا على شكل طعام أو أضحية من الحيوانات(٤٩).

وتظل "الداية" من الشخصيات الثابتة فى العلاجات التقليدية، وقد توقف نشاطهن الرسمى كالحلاقين عام ١٩٦٩، إلا أنهن ظللن متواجدات على الساحة، فـ"الداية" تقوم بغالبية الولادات وسط الطبقات الشعبية فى الحضر والريف(٥٠)، علاوة أيضًا على دورهن الاجتماعى المهم جدا، حيث يقمن بإعداد التمائم والأحجبة للمواليد خلال مراسم "السبوع"(٥١)، كما يقمن بإعداد وتحضير الشابات لليلة "الدخلة"، بالإضافة إلى ختانهن. والنساء الحوامل لا يعتبرن أنفسهن من المرضى، وبالتالى لا يفكرن فى استشارة الطبيب سواء خلال فترة الحمل أو الولادة، ولهذا بدأت السلطات الطبية فى مصر تعيد التفكير فى دور "الدايات" من خلال إعادة تأهيلهن، بما يساهم فى التقليل من حوادث الولادة، ولضمان مستوى من النظافة لم يكن متبعًا من قبل. إن انحصار مثل تلك المحاولات داخل الحدود التجريبية فى القرية أو المركز يشير إلى رفض الأطباء لهذه المهن التى تتنافس مباشرة مع وظيفتهم.

فى إطار النظام الصحى الحديث، يعتبر الدواء هو مركز العلاقة بين الطبيب والمريض، وتنتشر العقاقير الطبية بشكل كبير لدى المصريين، حيث يعتبر هو محور العلاج الطبى فى كثير من الدول النامية(٥٢).

ويؤدى انتشار العقاقير هذا إلى وجود منافس آخر للطبيب، وهو الصيدلانى، فالقانون الموجود يسمح للمواطن بالحصول على كل أنواع الأدوية تقريبًا دون الحاجة إلى "روشتة" طبية، وهكذا يتجاوز المريض فى كثير من الأحيان مرحلة الطبيب، الذى يحتاج إلى كشف ثم علاج محدد، ليذهب مباشرة إلى الصيدلانى.

و أخيرًا ينحاز اختيار المريض نحو الطبيب، فى حالة عدم وجود عوائق مالية، وعندما يتأكد من أن علاجه هو الأكثر فعالية، ولا يعنى هذا الانحياز عدم لجوء المريض إلى الأساليب التقليدية فى العلاج(٥٣)، فعندما يتعرف المريض على طبيعة مرضه من خلال الطب القديم، يلجأ بعد ذلك إلى الطبيب للعلاج عن طريق العقاقير.

وجهة نظر ملتبسة
عن الطبيب

فى هذه الظروف، يحدد المريض موقفه من الطبيب بناء على كمية العقاقير التى سيصفها له، ولهذا نلاحظ انعدام الثقة فى طبيب الصحة العام، نظرًا لندرة وجود العقاقير فى المؤسسات الطبية العامة، وذلك بالإضافة إلى سوء المعاملة التى يتلقاها المريض، وقلة الأجهزة المتوفرة، مما يدفع القادرين إلى الذهاب لأحد المتخصصين فى العيادات الخاصة، الذين يعتبرون أكثر جدية من موظفين الحكومة بالرغم من قيام العديد منهم بشغل الوظيفتين فى وقت واحد، وفى واقع الأمر يربط العديد من المرضى بين ارتفاع كلفة استشارة الطبيب وجديته، بعد أن واجهوا سوء المعاملة والمهانة فى القطاع العام المجانى. وقد أدت الأهمية المتزايدة لموضوع ربط الخدمة الجيدة بالمال،إلى تدهور قيمة الخدمة العامة(٥٤)، فالوحدات الصحية فى الأرياف، والتى تهدف إلى خدمة الجماهير الشعبية، لم تستقبل عام ١٩٦٠ فى المتوسط إلا زيارة واحدة للفرد سنويا، مما يمثل نسبة ضئيلة جدا.

قد تكون الوعود الفاشلة، التى قطعتها الحكومة علـــى نفـــسها فـــى مجـــال الصحة، هى أحد أسباب التباس صورة الطبيب، فلم يعد هناك من أطباء يعتبـــرون الطب مهنة نبيلة وإنسانية إلا فيما نـــدر، بـــل إن المرجعيـــة أصـــبحت للوضـــع الاجتماعى والثراء المالى، ولهذه الأسباب يطمح الكثير من الأطبـــاء إلـــى إلحـــاق أبنائهم بمهنة الطب(٥٥).

إن الإشارة إلى المال، الذى يظهر لنا كلما تحدثنا عن الأطباء، تثير من جهة أخرى الكثير من النقد، ففى حين يحلم الشاب بأن يكون طبيبًا للحصول على الفوائد المالية، إلا أن المريض فى الجهة المقابلة يثور لارتفاع هذه العوائد التى يعتبرهـــا مشينة، خاصة مع بداية مرحلة الانفتاح الاقتصادى ودخول القطاع الخاص للمجال الصحى، مما وضع الطبيب فى صورة الشخص الجشع غيـــر المبـــالى، ووضـــعه موضع الاتهام بصفات بعيدة كل البعد عن الإنسانية، التى يجب أن تتصف بها مهنة الطب.

ينصب هذا الحكم على فئة محددة من الأطباء، غالبا ما تكون أكثر ظهورًا، وهى الصفوة الممسكة بمعظم الهياكل الطبية الخاصة، إلا أن هذا الحكم يسم أيـــضًا الأطباء بصفة عامة، بالرغم من تدهور وضع الكثيرين منهم بما يناقض الـــصورة التقليدية للطبيب الناجح.

وبرغم ذلك يظل الطبيب من أكثر الشخصيات التـــى تـــستدعى فـــى حالـــة المرض، فهو قد لا يتمتع بالتبجيل كما كان يحدث من قبل، إلا أنه مـــازال يمثـــل مصدرًا للثقة. وعلى وجه العموم، يغير المرضى المصريون الأطباء كثيرًا، كمـــا ينتقلون بسهولة من الطب التقليدى إلى الطب الحديث، فلا يوجد طبيب الأســـرة إلا فى الأوساط العليا من المصريين، وبالنسبة للسواد الأعظم تمثل الـــصحة عنـــصرًا من عناصر التجارة التى تخضع للإمكانيات المالية.

وفى النهاية يظل الطبيب ـــ سواء أكان مكروهًا أم محبوبًا ـــ مصدرًا للعلم،

قادمًا من مكان بعيد، يحتفظ لنفسه بمكانة خاصة، وبـــالأحرى بوضـــع اجتمـــاعى متميز.

وتؤدى هذه الأنماط السائدة إلى التستر على المشاكل الحاليـــة للمهنـــة، ولا تساعد على إنجاح المحاولات المتكررة لإقامة نظام صحى فى المجتمع المصرى.

الهوامش

(1) L. Boltanski, La découverte de Ia maladie. La diffusion du savoir medical. Paris, Centre de sociologie européenne, 1968.

(2) N. Tomiche, Histoire de a littérature romanesque de I'Egypte moderne, Paris, Maisonneuve et Larose, 1981, p. 11-21.

(3) F. Laptanline, «Corps malades et salut par l'écriture», Lumière et Vie, avril 1984, n° 116, p. 29-43.

(4) N. Tomiche, op. cit., p. 44-55.

(٥) محمد حسين هيكل "زينب"، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٠.

(٦) نجيب محفوظ "بين القصرين" "قصر الشوق" ترجمة فيليب فيجرو، باريس , Lattes J.C. 1987 et 1989

(٧) طه حسين "المعذبون فى الأرض" القاهرة، ١٩٥٠

(8) R. Ostle, "Literature, Art, and national identity in the Era of social reform", réforme sociale en Égypte, Le Caire, CEDEJ, 1993.

(٩) "زينب" ص ٢٩٧-٣٠١

(١٠) د. يعقوب "يوميات طبيب" القاهرة، كتاب الهلال، ١٩٦١ ود. بقر يوميات طبيب فى الأرياف"، القاهرة، دار العالم العربى، ١٩٧١

(١١) إحسان عبد القدوس "أنف وثلاث عيون"، القاهرة، دار مصر للطباعة، ١٩٧٧.

(12) N. Tormche, op. cit., p.141-143.

(١٣) لقاء تلفزيوني مع توفيق صالح، في ٢٨ نوفمبر ١٩٩٣.

(١٤) لقاء مع أحمد قاسم، ٨ مايو ١٩٩٠

(١٥) يحيى حقي "قنديل أم هاشم" ترجمة إلى الفرنسية شارل فيال وسيد أبو نجا. Paris Denoël, 1991.

(16) M. Cooke, Yahya Haqqî. An Egyptian intellectuel between the Ideal and the Real. PHD, University of Oxford, 1979, introduction p. IX.

(١٧) يحيى حقي "خليها على الله" القاهرة، GEBO 1987.

(١٨) "قنديل أم هاشم" ص ٥٦

(19) Ibid., p. 59

(٢٠) "خليها على الله" ص ١٩٢-١٩٣

(٢١) يوسف إدريس "أرخص ليالي" القاهرة ١٩٥٤.

(٢٢) يوسف القعيد، جريدة المصور عدد ٣٤٨٧، ٩ أغسطس ١٩٩١، ترجمت في Egypte/Monde arabe عدد ٧، ١٩٩١، ص١٤٧

(23) Ibid., p. 146.

(٢٤) شريف حتاتة "العين ذات الجفن المعدنية" بيروت، دار الطليعة ١٩٧٤، الحازمة، بيروت، دار الليعة ١٩٧٨. ترجم المؤلف الجزئين الأولين إلى اللغة الإنجليزية.

(٢٥) نوال السعداوي "مذكرات طبيبة" دار المعارف، ١٩٦٥.

(26) Ibid., p. 39.

(٢٧) شريف حتاتة "العين ذات الجفن المعدنية" ص ٢٢٩

(٢٨) يوسف إدريس "أبو الهول" ترجمة وديدة واصف إلى الانجليزية. القــاهرة، مطبعــة الجامعة الأمريكية، ١٩٩٠، ص ٦٣-٧٦.

(٢٩) شريف حتاتة ص ٤٠

(30) Ibid., p. 63.

(31) Ibid.. p. 231.

(٣٢) يوسف إدريس "بيت لحم"، باريس، سندباد، ص ١٤٨ -١٦٦

(33) «Vieillesse sans démence», p. 148.

(34) Ibid., p. 149.

(35) Ibid., p. 150.

(٣٦) هناك ثلاثة محطات للتلفزيون المحلى، تبث برامجها خلال عدد محدد من ســاعات اليوم حيث تقوم بعرض برامج طبية محدودة أسبوعيا لمدة تتراوح بين ١٠ إلى ١٥ دقيقة .

(٣٧) هذا ما أوضحته دراسة على ٢٤ عينة من المنازل فى المناطق الفقيرة بالقاهرة.

Communication sociale et santé des familles et des enfants dans les quartiers défavorisés des grandes villes. Le cas du Caire (rapport de la phase préliminaire) .Centre International de l'enfance (Paris), Conseil National pour l'enfance et la maternité (Le Caire), Le Caire Juillet 1992.

(38) «Communication sociale», op. cit.

(39) Ibid.

(٤٠) يتم تناول الموضوعات باهتمام اجتماعى حقيقى. ويتم عرض مخاطر البلهارسيا من خلال شخصيات فلاحية تتكلم لغة فلاحية واقعية.، تم تخطيط حملة تنظيم الأسـرة لتلائم أكثر من فئة اجتماعية.

(٤١) الأخبار ١٩٨٧/٥/٢٣

(٤٢) الأخبار ١٩٨٧/٥/٣٠

(43) E. Freidson, op. cit., p. 163.

(44) S.A. Morsy "Body Concepts and Health Care: Illustrations from an Egyptian Village", Human Organization, vol 38, n°1, spring 1980, p.93.

فى معظم المجتمعات بالشرق الأوسط فان العمل على الجسد الداخلى من أقل التخصصات تطورًا فى النظام الطبى. انظر:

A.Shiloh, The system of Medicine in Middle East Culture, The Middle East Time, 15, 1961, p.277-288.

(45) S. Morsy, "Health and Illness as Symbols of Social Differenciation in an Egyptian Village", Anthropological Quarterly, 53, n° 3, july 1980, p. 154.

(٤٦) تشير إليه السور القرآنيـة التاليـة ٦و ١٢٨ و١٣٠ و٢٦ و٢١٠ و٣٨ و٣٦ و٥٥ و١٤ أما سورة ٧٦ فإنها تتكلم عنه صراحة.

(47) T. Battain, «La divination dans le rituel du Zar égyptien», Égypte/Monde arabe n° 14, deuxième trimestre 1993, CEDEJ, Le Caire, p. 104.

(48) Cité par N. al Messiri Nadim, Rural Health Care in Egypt, Le Caire, AUC, 1980, p. 37.

(49) T. Battain, op. cit.

(50) M. Assad et S. al-Katsha, Villagers' Participation in formal and informal Health Services in an Egyptian Delta Village, Le Caire, The American University in Cairo, 1981, p. 39.

(٥١) السبوع (سبوع المولود) للتعبير عن اكتماله وسلامة حالته الصحية

(52) S. Van der Geest et S. Reynolds Whyte, "The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms", Medical Anthropology Quarterly, 56, n° 5, october 1983, p. 96.

(53) M. Augé et C. Herzlich, Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de La maladie, Paris-Montreux, Archives Contemporaines, 1983, p. 16.

(54) S. Morsy, "Health and Illness as Symbols of Social Differentiation in an Egyptian Village", Anthropological Quarterly, 53, n° 3, p. 159.

(55) M. Camau et alii, État de santé. Besoin médical et enjeux politiques en Tunisie, Éd. du CNRS, 1990, p. 138.

الجزء الثالث

من المشروع الطبى
إلى ملابسات الممارسة المهنية

الفصل الخامس

الإصلاح الاجتماعي

محاولة مبتورة

اصطدم المشروع الطبى الأول ــ الذى أطلقه "محمد على" فى بداية القــرن التاسع عشر ــ مع المصالح الأجنبية المتباينة، حيث أدت الهيمنة علــى المجلــس الصحى والبحرى والحجرْ الصحى بالإسكندرية من جهة، والإهمــال البريطــانى للقضايا الصحية من جهة أخرى، إلى نسيان هذا المشروع فى نهاية القــرن، فــى مرحلة كان الأطباء المصريون ينالون قسطًا من الاستقلال الذاتى فى مهنتهم، وفى النهاية أدت عملية الاستقلال فى الثلث الأول من القرن العشرين، الــذى صــاحبه تطويرَ برنامج طبي محدد من قبل الأطباء المصريين، إلى رسم سياســة وطنيــة للطب فى البلاد.

أدوات من أجل الغزو الطبى

الإصلاح الاجتماعى

مرجعية مشتركة

تعلق الأمر منذ "محمد على" بقضية الإصلاح الاجتماعى فى مصر، حــين وضعت قيد التطبيق الأساليب المتبعة فى الغرب والتى تهدف إلى تقدم البلاد.

تركزت الاستعارة من الغرب فى حيز الأدوات، حيث لم يتم إلا نادرًا التأمل فى الصراعات التى يمكن أن تنشب فى مجتمع تقليدى، تتحدد الهوية فيه أولا استنادًا إلى المرجعية الدينية الإسلامية، المختلفة عن مثيلتها فى البلاد التى جلبت منها التقنيات الحديثة، المنوط بها إدارة المجتمع.

عندما تعرضت البلاد بسبب الاحتلال البريطانى إلى تزايد النفوذ الغربى بشكل كبير فى نهاية القرن التاسع عشر، بدأت الدعوة إلى الصحوة على أيدى الإصلاحى "محمد عبده"، الذى نادى بالعودة إلى أصول الدين، بهدف إحياء المجتمع، تلك الدعوة التى وجدت صدى لها عند المثقفين المصريين(١).

ومنذ نهاية ١٩٢٠ وبداية ١٩٣٠، خاصة مع وجود تاريخ يشير بوضوح إلى التناقض من جهة بين الاحتلال المرفوض لمحتل ممسك فى مجمله بنماذج وقواعد الحداثة، ومن جهة أخرى بالضرورات العملية للحداثة لدولة مثل مصر التى تعانى من مظاهر " تخلف" سياسى واجتماعى، يأتى الخطاب الإصلاحى ليشمل كل التيارات الفكرية الموجودة فى البلاد(٢).

يشارك الأطباء بالفعل فى هذه الحركة الإصلاحية، فهم أصحاب مهنة فكرية، بمعنى أنها تحمل مهمتين مزدوجتين، تهدف الأولى إلى العلاج، والثانية إلى التحديد النظرى للمرض الباطنى. وقد استطاع الأطباء ـ بفضل الاستقلالية التى اكتسبوها على مر الزمن فى مواجهة الممارسين الأجانب وخاصة البريطانيين ـ إلى بلورة تحديد جديد للأمراض الباطنية المصرية، مختلف عن القراءة الأجنبية لها. فنلاحظ فى مرحلة لاحقة أنهم أصبحوا يشاركون مباشرة فى مقاومة هذه الأمراض، من خلال الارتكان إلى مؤسسات سياسية مختلفة، ويستعيضون عن الحركة الوطنية ـ التى تنغمس فى الصراعات السياسية بين القصر والتيار الوطنى والمحتلين ـ بحركة اجتماعية من أجل تحقيق إصلاحات اجتماعية محددة داخل المجتمع، حيث يمتلكون الأدوات التقنية لتحقيق ذلك.

تأخذ قضية الإصلاح فى مصر مكانة بارزة، باعتبارها دولة موصومة بالتخلف، ليس فقط من وجهة نظر سلطات الاحتلال، والأجانب المقيمين والمارين المقتنعين بفوائد الاحتلال، بل أيضا من وجهة نظر الطبقة الحاكمة المصرية ذاتها. ولكن فى حين تميل الفئة الأولى إلى تبرير وإظهار مزايا الاحتلال، تميل الفئة الثانية إلى إظهار قدراتها على الإمساك بزمام الأمور لإخراج مصر من هذا التخلف، وذلك على الصعيدين الاجتماعى والسياسى، ويتبنى معظم الأطباء المصريين هذا الخطاب خلال سنوات (١٩٣٠-١٩٤٠).

اعتبر الأطباء أن استمرار الأمراض هو مكمن التخلف، تلك الأمراض التى تصيب السكان بالضعف والهزال، وتزيد من معدل وفيات الأطفال، ذلك المعدل الذى يعتبر من أعلى المعدلات فى العالم، ورأوا بشكل عام أن أسباب وتبعات هذه الأمراض تكمن فى انعدام المظاهر الصحية والنظافة، تلك المظاهر التى تشكل العنصر الأكثر وضوحًا فى هذا التخلف، والذى يجب التخلص منه، ومن ثم ينتشر الحديث عن النظافة التى تعتبر عنوانًا لمجتمع "متحضر" بعد مرور عدة عقود على الاكتشافات البكتريولوجية، والتى عدلت من بعض المفاهيم فى أوروبا ذاتها، ولكن بالنظر إلى أوضاع البلاد الغربية فمن المؤكد أنهم استفادوا من مفهوم النظافة فى حينه، وأدرك الأطباء المصريون الذين سافروا إلى أوروبا فى "رحلة صحية"، إن هناك تقنيات تتجاوز مجرد النظافة هى التى أدت إلى تقدم البلاد، وهكذا نجد فى إحدى المقالات المنشورة فى المجلة الطبية، بخصوص هذه الرحلة التى تتجاوز النطاق الطبى[٣]، وصفًا لوضع ينظر إليه بمثالية زائدة فيما يتعلق بالتفوق الأوروبى فى هذا المجال.

وفى المقابل عندما تأهبت القاهرة عام ١٩٢٨، لاستقبال زوار أجانب بمناسبة المؤتمر الدولى الأول للطب الاستوائى والنظافة، نجد القذارة فى كل مكان، وقد ظهرت مشكلة تدنى مستوى النظافة فى العاصمة البعيدة عن القواعد الغربية العامة، بالإضافة إلى وجود العديد من الشحاذين الذين يشوهون المنظر العام[٤].

أدخلت الطبقات المصرية العليا، والتى ينتمى إليهـا الأطبـاء، فـى بوتقـة الحضارة(٥) التى ظهرت فى الدول الغربية منذ عدة قرون، فأصبحوا يعـافون هـم أيضا القذارة، وأدت هذه الحساسية المكتسبة إلى تحسين مفهومهم الطبى، من خلال التقرب إلى قواعد النظافة الصحية. وقد عضد هذا الاهتمام الوليد لقواعد النظافـة، من خلال طبيعة الأمراض ذاتها والتى حددها الأطباء، واضعين سياسات صـحية بخصوصها.

لم تكن لمعظم هذه الأمراض علاجات مقنعة، فأول علاج للبلهارسـيا كـان عبارة عن حقن وريدية من مادة شديدة السمية، تسبب الكحة والقيء والإغماء، فتم استبداله منذ عام ١٩٢٤ بمادة أقل سمية، وهى "الفـوادين" (Fouadine)، وكانـت تتطلب من خمس إلى تسع حقن فى العضل للقضاء على الطفيليات(٦)، غير أن هذا العلاج لم يكن يعطى حصانة ضد المرض، مما كان يعتبر مضيعة للوقت والمـال، فبمجرد الشفاء كان المرضى يقعون مرة أخرى فريسة للمرض، بـسبب أعمـالهم التى كانت تحتم عليهم الاقتراب من مجارى المياه. بعد ذلك بعدة سنوات ظهر دواء جديد يقاوم السل "الفاروكين" ولكن لم يعقد عليه الأمل كثيرا، على ما يبدو.

لم يعد النشاط العلاجى الذى كان يقوم به جيـل الأطبـاء خـلال سـنوات (١٩١٠- ١٩٢٠) فى مواجهة المرض كافيًا، فإلى جانب الصورة المهيمنة للطبيب والجراح، صورة البطل الشافى، ظهرت مساحة خالية فى المجال الصحى تحتـاج إلى ملئها، وهى مساحة العمل الوقائى، فالأمراض المصرية التى لا عـلاج لهـا، والتى ترجع إلى أسباب اجتماعية، يجب التعامل معها من خلال مداخل مختلفة، لا يعد الطب أهمها، وهكذا سيطر الحديث عن النظافة باعتبارها مرحلة أساسية علـى طريق "الحضارة"، فنالت قدرًا من التشجيع الرسمي بغرض تطويرها وتـدعيمها، فقام "الملك فؤاد" بافتتاح "المتحف الصحى" فى عابدين يوم ١٩أبريل ١٩٢٧، وهـو المكان ذاته المقام به قصر عابدين.

يتضح أكثر فأكثر التماثل بين مفهومى النظافة والصحة فى اللغة العربية، حيث إن هناك مصطلحًا واحدًا يستخدم للإشارة إليهما وهو مصطلح الصحة.

مرض السل مرض اجتماعى لأنه يصيب الجماعات الأضعف، ففى إحدى المقالات المنشورة بجريدة الصحة فى أغسطس عام ١٩٣٠، بقلم الدكتور "على فؤاد بك" ــ مدير قسم حماية الطفولة بإدارة الصحة العامة ــ نجد اقتراحات عديدة حول سبل الوقاية من هذا المرض(٧)، وتدور بعض هذه الإجراءات حول التربية الصحية على مستوى الأسرة أو المدرسة، وهناك مجموعة من الإجراءات الأخرى بخصوص التشريعات التى يجب تبنيها لمنع بعض التصرفات المضرة، مثل البصق على سبيل المثال، ومراقبة إنتاج وبيع المنتجات الغذائية التى قد تكون مصابة (اللحم واللبن)، والتأكد من توزيع المياه الصالحة للشرب على كل السكان، ومنع عمالة الأطفال، بالإضافة إلى مجموعة ثالثة من الإجراءات الخاصة بملاءمة ونظافة السكن والساحات العامة، والتشجيع على بناء دورات المياه العامة، وأخيرًا مجموعة قليلة من الإجراءات الأكثر صعوبة، المتعلقة بمقاومة الأمراض التناسلية والبلهارسيا والإنكلستوما التى تؤدى إلى إصابة الأعضاء وإضعافها فتكون أكثر عرضة للإصابة بمرض السل.

قليل من هذه الإجراءات يتعلق بمهارة الطبيب، ولكنه يرتبط بالعديد من الوظائف الاجتماعية للوقاية من هذه الأمراض، من الأسرة إلى الجامع مرورا بالمدرسة والجيش. إن هذا البرنامج الذى يرسمه "على فؤاد" يفسح المجال لعمل فئات تتجاوز فئة الأطباء، مثل المعلمين والبيطريين والقانونيين والمهندسين، وهذا يفتح الباب إلى ظهور أنواع جديدة من الوظائف أو الأعمال التطوعية التى تزاحم الأطباء فى المجال الصحى.

فى بداية القرن العشرين كان هناك اختفاء شبه تام للعمالة المساعدة للأطباء، التى تشكلت من خلال المدارس المتخصصة خلال القرن التاسع عشر. فلم يعد التمرجى ــ مساعد طبيب المركز، أو الممرض بالمستشفى الحاصل على تأهيل

بسيط ــ هو الرجل المناسب للقيام بالمهمة الصحية، خاصة وأن صورته كانت تعكس عدم الكفاءة وغياب الأخلاق، كما كانت العمالة النسائية في المستشفيات تنحصر تقريبًا في الممرضات الأجنبيات. ولسد هذا النقص تم انتهاج أسلوب شبيه بذلك الذي تبناه "كلوت بك" في القرن السابق لاختيار طلابه لمدرسة الطب الحديثة، فكانت إدارة الصحة العامة تقوم باختيار مجموعة من الطلاب، الذين أنهوا على الأقل دراستهم الابتدائية، والبالغين من العمر ١٨ إلى ٢١ عامًا، ليكونوا نواة ممرضي المستقبل، فينتظمون في دراسة تستغرق ثلاث سنوات، ومن أجل التشجيع على اختيار هذه المهنة، كانت الإدارة تقوم بربط أجور تبدأ بجنيهين شهريا تمنح لهؤلاء الطلاب الممرضين، ثم تزيد تدريجيا إلى ٣ جنيهات ثم ٤ جنيهات خلال السنتين التاليتين، والتزمت الإدارة بتخريج ست طلاب وست طالبات سنويا لسد الاحتياجات المتزايدة للهيكل الصحي، بالإضافة إلى إحلالهم مكان الممرضات الأجنبيات(٨).

ومن جهة أخرى، تم إنشاء مدرسة للخدمة الاجتماعية في القاهرة عام ١٩٣٧، بمبادرة من الرابطة المصرية للدراسات الاجتماعية، وهي إحدى المؤسسات الكبرى المساهمة في حركة الاجتماعية الديناميكية في تلك المرحلة، وكانت هذه المدرسة تطمح إلى تشكيل المدرسين الذين سيقومون بدور الوسيط بين مشاريع الدولة وبقية قطاعات المجتمع، كمحاولة للإحلال مكان المتطوعين رواد الحركة الاجتماعية في مصر، ليسدوا احتياجات الهياكل الرسمية للدولة من توظيف وتدريب رسمي للعاملين الاجتماعيين(٩). و أخيرًا، وبناء على اقتراح "د. عبد الواحد الوكيل" تم إلحاق مدرسة الزوار الطبيين إلى كلية الطب، وإقامة دورات خاصة لمفتشي الصحة في إدارة الصحة العامة(١٠).

غير أن ظهور هذه العمالة المؤهلة لم تسد كل الاحتياجات في هذا المجال، فسرعان ما أصبحت القضية الصحية مجالا للصراع السياسي بين التيارات السياسية والاجتماعية في مصر.

ففى كلية الطب ـــ التى تظل المكان الأكثر اهتمامًا بهذه القضية مباشــرة ـــ انخرط الطلاب "رجال المستقبل" فى العناية بهذه القضية داخل لجنة الطلبة بهــدف الارتقاء بالمستوى الصحى، فنظمت هذه اللجنة أسبوعًا للصحة، مــن ٨ إلـــى ١٤ نوفمبر ١٩٣٣، يهدف إلى نشر الإجراءات الصحية الأولية لدى الجمهور، بمساندة قوية من قبل الصحافة، وأقيمت عدة مؤتمرات فى المتحف الصحى، بالإضافة إلى عرض الأفلام التعليمية فى إدارة الصحة العامة، وعرض مسرحى فى دار الأوبرا بالقاهرة، كما اتفق المنظمون على أن "التعليم هو أفضل سياسة للتقدم"، واقترحـــوا تحويل إدارة الإعلام الصحى بالإدارة الصحية العامة إلـــى قـــسم مـــستقل بذاتـــه، "يتعاون مع لجنة الطلاب التى تحقق فى الغالب نجاحًا أكبر لـــدى الجمهـــور مـــن المؤسسات الرسمية"(١١).

ومن جهة أخرى تم استخدام مرض الملاريـــا كذريعـــة لتحريـــك وجـــذب الشباب، بسبب نقص عدد مفتشى الصحة، وبالتالى عدم قدرتهم على القيام بالمهـــام المطلوبة على أكمل وجه، واقترح أحد الأطباء الاستفادة من الشباب فى كل منطقة من خلال تأهيلهم لنشر المعلومات الخاصة بالملاريا، عـــن طريـــق المـــؤتمرات والصور والأفيشات(١٢).

وعلى النمط نفسه تم تشكيل فرق صحية فى رابطة الإخـــوان المـــسلمين، بهدف تنظيف الشوارع فى القرى، وتشجيع الفلاحين على اللجوء إلى المستـــشفيات والعيادات، والمساعدة فى الإسعافات الأولية، وقد كانت الصحة العامة بالفعل جزءًا مهما فى برنامج الإصلاح الاجتماعى الذى صاغه "حـــسن البنـــا"(١٣)، وســـاهمت الحركات اليسارية أيضًا، فقامت بتنظيم العديد من الحمـــلات الـــصحية مـــستخدمة الأنماط العملية ذاتها.

وهكذا يعم الخطاب الصحى كافة التيارات الـــسياسية المـــصرية، غيـــر أن بعض الأطباء الذين لا يدركون مغزى قضية الصحة، ينشغلون بالـــسيطرة علـــى الإدارة المركزية، بهدف تمكين أنفسهم منها، والسيطرة عليها لمصلحتهم.

السيطرة على الإدارة

. لم يهتم الإنجليز بمسألة صحة المصريين إلا فيما ندر، وبالتالى لم يعطوا الإدارة الصحية إلا مساحة ضئيلة لتنفيذ سياستها، ففى عام ١٨٨٤ أنشئت إدارة متواضعة للغاية للخدمات الصحية العامة داخل وزارة الداخلية، لتكون بمثابة إدارة لاحقة على نفس مستوى إدارتى السجون والرقى على سبيل المثال، ثم تم توسيع إطارها قليلا من خلال مرسوم عام ١٨٨٦ الذى ظل ساريًا حتى عام ١٩٢٠.

فى هذا التاريخ ــ وبسبب وجود ازدهار اقتصادى فى البلاد ــ سمح بزيادة ملحوظة فى الميزانيات الممنوحة لهذه الإدارة، مما أدى إلى ترقيتها إلى درجة وكالة وزارة تابعة مباشرة وزير الداخلية، إلا أن هذه الإدارة اكتفت بمباشرة الخدمات الموجودة بالفعل، مع تفضيل خدمات مقاومة الأوبئة، ثم فى الدرجة الثانية مستشفيات الرمد التى أقامتها السلطات الإنجليزية، ولم تتنوع البنية التحتية للمستشفيات حتى ١٩٢٣، فلم يقم الإنجليز بإضافة أية مستشفيات جديدة، عدا مستشفى الخانكة ــ ثانى مستشفى للمجانين بعد مستشفى العباسية التى أقامها الإنجليز أيضًا والتى اكتظت بالمرضى ــ بالإضافة إلى مستشفيين للأمراض المعدية. وتؤكد هذه الاختيارات مرة أخرى الاهتمامات البريطانية فى المجال الصحى، والتى يغلب عليها الطابع الدفاعى، وعدم الاهتمام بالأمراض الباطنية المنتشرة، وفى عام ١٩١٨ أكدت الإدارة المركزية أنه قد حان الوقت لعدم تحمل الحكومة لمزيد من المشاريع الخاصة بإقامة مستشفيات جديدة، فالتوسعات أو المشاريع المستقبلية يجب أن تعتمد على الجهود التطوعية والمحلية(١٤)، فتستمر الجمعيات والهياكل الاجتماعية فى تقديم جزء مهم من الخدمات الصحية فى البلاد.

عندما حصلت مصر على الاعتراف بالسيادة عام ١٩٢٢، تولى "د. محمد شاهين باشا" رئاسة الإدارة الصحية العامة ــ وهو عضو بارز فى الجمعية الطبية المصرية ــ فبدأ فى نقل أفكار الجمعية داخل هذه الهياكل الصحية، وعلى الرغم

من استمرار سيطرة البريطانيين على الإدارة العليا ومناصب المفتشين، إلا أنهم لم يستطيعوا مواجهة إرادة الإصلاح والتوسع فى الخدمات الصحية التى طالب بها المصريون.

فى عام ١٩٢٥ تم تطوير الإدارات الداخلية لإدارة الصحة العامة، وفق الاقتراحات التى طرحت داخل الجمعية الطبية المصرية. وهنا نشير إلى أن البريطانيين كانوا قد قسموا الإدارة الصحية إلى أربعة أقسام على النحو التالى: القسم الأول يتولى شئون "الصحة العامة"، يتولى العديد من المهام، كالإحصاءات الطبية والديموجرافية، ورقابة المنشآت غير الصحية والمقابر ومقالب القمامة، ونظافة المنشآت العامة، وتوفير مياه الشرب النظيفة والمصارف والصرف الصحى، وتجفيف المستنقعات والرقابة على الدعارة، ويتعامل القسم الثانى مع المستشفيات العامة، والقسم الثالث مع مستشفيات الرمد، وأخيرًا يجمع القسم الرابع خدمات مقاومة الأوبئة، ويتولى كل المجالات التى تدخل ضمن مسئولية مجلس الحجر الصحى الدولى، والتطهير، والتطعيمات ضد الجدرى والملاريا والأمراض المعدية. أما التنظيم الجديد الذى تبلور فى عام ١٩٢٥، فلم يعد يتضمن إلا ثلاثة أقسام: قسم الصحة الذى يشمل مهمات القسم الأول سالف الذكر، بالإضافة إلى خدمة مقاومة الأوبئة والأمراض المعدية، التى تفقد استقلالها وتقل أهميتها لتذوب فى قسم يهتم أساسًا بالنظافة والوقاية، والقسم الثانى منوط به مهمات طبية فى المقام الأول، فيأخذ على عاتقه إدارة المستشفيات العامة لكنه ينقسم إلى قسمين، يهتم كل منهما بنوع معين من الأمراض كان الأطباء المصريون قد نجحوا فى إظهار مدى أهميتها، فتم إلحاق أمراض الرمد بها، إضافة إلى قسم لحماية الأطفال وإدارة لمقاومة الأمراض المتوطنة (البلهارسيا والإنكلستوما والبرص والديسنتاريا والجزام والملاريا... إلخ)، أما القسم الأخير فيضم الإدارة المركزية المنوط بها إدارة مستشفيات الأمراض النفسية، والمعامل العامة، والعاملين.

ومن جهة أخرى تغيرت سياسة إدارة الصحة العامة، تحت تأثير الأطباء

المصريين، وعملت على إعداد برامج وجلب معدات مهمة فى هذا المجــال، مــن أجل تحسين الوضع الصحى فى البلاد، ذلك الوضع الذى أصابه الإهمال منــذ مــا يقرب من نصف قرن جراء الاحتلال البريطانى.

كانت المستشفيات العامة تنقسم إلى ثلاث درجات، تخــدم الدرجــة الثالثــة الفقراء، بتكلفة ٢٥ قرشاً لليوم الواحد، وهو نظام تم اعتماده من قبل الإنجليز مــع الأخذ فى الاعتبار أن النظام العلاجى كان مجانيا قبل الاحتلال، وفى ٣٠ نــوفمبر ١٩٢٦ صدر قرار وزير الداخلية بإعادة مجانية العــلاج فــى الدرجــة الثالثــة، بالإضافة إلى أنه منذ الأول من أكتوبر ١٩٢٥، تم تعميم مجانية الكشف الخــارجى فى المستشفيات العامة(١٥)، ويشهد العام نفسه إعادة تأهيل العاملين المساعدين فــى المجال الطبى والمفتشين الذين يعينون فى كل المستشفيات بهدف مراقبة الأجهــزة والعمل على تطويرها، وأخيرا تم إطلاق حملة تطعيمات ضــد الجــدرى خــلال (١٩٢٦-١٩٢٧)، بهدف القضاء عليه نهائيا، ونلمس النتيجة عام ١٩٢٨ حيث لــم يصب بهذا المرض إلا ٢٠ شخصًا فقط، فى مقابل ٢٠٧٦ عام ١٩٢٦(١٦).

عندما عادت إدارة الصحة العامة إلى المصريين عام ١٩٢٣، لم يكن هنــاك إلا ١٩ مستشفى عاما، زاد عددها إلى ٢٨ مستشفى عام ١٩٢٩، وفى الوقت نفسه تم تحسين الهياكل القديمة وأعيد تجديد المنشآت وإمدادها بالأجهزة الحديثــة، وبــدأ قسم حماية الطفولة ببناء مراكز الطفولة والأمومة منذ عام ١٩٢٦ حتــى وصــل عددها إلى ٢١ مركزًا عام ١٩٢٩، وفى عام ١٩٢٦ تم افتتاح أول مصحة بحريــة فى حلوان ــ وهى مدينة تقع بالقرب من القاهرة ومعروفة بمياهها المعدنية الحارة ــ وتبع ذلك بعدة سنوات افتتاح مصحة بحرية فى الإسكندرية، كما تم تبنى مفهوم المستشفى المتنقل لعلاج الأمراض المتوطنة المنتشرة خاصة فى الأرياف، فتزيدت أعداد تلك المستشفيات المتنقلة المخصصة فى علاج البلهارسيا والإنكلــستوما مــن خمس مستشفيات عام ١٩٢٣ إلى ٦٣ مستشفى عام ١٩٢٩.

وكان أحد الاهتمامات الكبرى لإدارة الصحة العامــة ينــصب علــى عــدم

مركزية هذه الهياكل، من أجل الوصول إلى أكبر قدر من السكان، الذين فى أغلبهم لا يعلمون عن الطب إلا صورة حلاق القرية، والمعلومات التى ينشرها.

كانت الطبقات الحضرية المتوسطة تعانى من نقص الهياكل الطبية، فالمستشفيات العامة فى المدن الرئيسية بالأقاليم قليلة العدد، بالإضافة إلى الارتفاع الكبير فى عدد المرضى الذى يفوق القدرة الخدمية المتوفرة، وكان الحل يكمن فى التوسع فى بناء المستشفيات الأكثر تواضعًا فى المراكز والقرى.

ساند "محمد محمود" رئيس "الأحرار الدستوريين" سياسة التجديد والإصلاح، التى تحتل قضية الصحة فيها اهتمامًا مركزيا، فبادر إلى السير فى هذا الاتجاه، وبدأ فى تطبيق برنامجه بمجرد توليه رئاسة الحكومة عام ١٩٢٨. كان هذا البرنامج يهدف إلى بناء ١٥٠ مستشفى فى خمسين مركزًا رئيسيا ومائة مستشفى فى القرى، خلال خمس سنوات، ولكن نظرًا لضيق الموارد المالية وسوء الإدارة العامة، لم ينفق حتى عام ١٩٣٠، إلا نصف الميزانية المخصصة فى إنجاز ربع المستهدف من المشروع الأساسى، حيث تم بناء ١٤ مستشفى فقط فى المراكز الكبرى، و٢٥ مستوصفًا فى القرى[١٧]. ونظرًا للأحداث السياسية الجارية آنذاك، وللانقلاب الذى قام به "إسماعيل صدقى" عام ١٩٣٠، عندما قام بحل البرلمان وإلغاء دستور ١٩٢٣، توقفت الإرهاصات الأولى لعملية الإصلاح فى البلاد، تحت دعوى الصعوبات الاقتصادية التالية لأزمة ١٩٢٩. وبالرغم من إطلاق الأطباء للاعتراضات فى مواجهة إيقاف المشاريع الصحية آنذاك، إلا أنهم سيضطرون لانتظار ظروف سياسية أكثر ملاءمة، من أجل تحقيق هذه الأهداف، وذلك على الرغم من أن كافة القوى فى البلاد كانت مستعدة للمضى قدمًا فى عملية الإصلاح الصحى الشامل فى مصر[١٨].

طالب الأطباء المصريون بإنشاء وزارة حقيقية للصحة العامة، وذلك لضمان استمرارية المشاريع الإصلاحية فى هذا المجال، فقد اعتبروا أنه من العار أن تخضع مثل هذه القضية المهمة المرتبطة ارتباطًا وثيقًا بقضايا اجتماعية شتى

فى المجتمع، إلى هيمنة نائب سكرتير يتبع بدوره وزارة خاضعة للوصاية الأجنبية، ففى عام ١٩١٨ تمت صياغة تقرير من قبل لجنة حكومية أبدت مساندتها لإنشاء وزارة للصحة العامة، ولكن نظرًا لمعارضة وزارة المالية، لم يلق الاقتراح متابعة لاحقة(١٩).

وبالنسبة لـ"على إبراهيم" ـ الذى يعتبر الصانع الرئيسى لاستقلالية السلك الطبى المصرى ـ فإن غياب هذه الوزارة هو المسئول الرئيسى عن تأخر الوضع الصحى فى مصر، بينما كل الدول الراقية لديها وزارة متخصصة لإدارة الشئون الصحية، تشكل جسرًا فاعلا بين مهنة الطب والسلطة(٢٠).

تحت ضغط من الشخصيات الطبية ـ التى تشكل نواة الجمعية الطبية المصرية ـ صدر قرار من قبل مجلس الوزراء فى ١٥ يناير ١٩٢٧، يهدف إلى تغيير إدارة الصحة العامة إلى وزارة مسئولة عن تكثيف الجهود فى مجال حماية الطفولة ومقاومة البلهارسيا والإنكلستوما، وبشكل عام يهدف إلى تحسين الوضع الصحى فى البلاد، والتوسع فى بناء المستشفيات فى عواصم الأقاليم(٢١)،إلا أن الانقلاب على الحكومة خلال الشهور التالية، أدى إلى توقف هذه المبادرة نهائيا، فقد كان "محمد محمود" ـ الذى أمسك بزمام الأمور ـ يرى أن بناء المستشفيات أهم من إنشاء وزارات.

تظهر دائما شائعات بإنشاء وزارة للصحة فى الصحف وفى أروقة مستشفى قصر العينى وفى الجمعية الطبية المصرية، وأخيرًا يتحقق المشروع فى أبريل ١٩٣٦، عندما يرأس "على ماهر" الوزارة لعدة شهور، حيث يعين "محمد شاهين باشا" وزيرًا للصحة، إلا أنه لا يستمر فى هذا المنصب إلا لفترة وجيزة تنتهى بوفاته، وفى خلال الولاية التالية التى تأتى بالوفد إلى السلطة، يقوم "مصطفى النحاس" رئيس الوزراء بنفسه، بضم أعمال وزارة الداخلية والصحة العامة، لتظل وزارة الصحة لعدة سنوات تحت إدارة شخصيات غير طبية، أكثر قدرة على التعامل مع القضايا السياسية، وأخيرًا فى يونيو ١٩٤٠ يرأس "على إبراهيم" وزارة

الصحة، فيؤكد الدور السياسى الجديد للأطباء، بالإضافة إلى تأثير الجمعية الطبية المصرية، الذى تأكد دوره مع تعيين "عبد الوهاب الوكيل" على رأس هذا الاتحاد عام ١٩٣٨.

إن إعادة التنظيم الداخلى للخدمات الصحية العامة، الذى واكب التغيير فى مكانة هذه الخدمات، إنما يترجم على الصعيد المؤسسى، التطور الحديث الذى طرأ على المفاهيم الطبية والتقنيات الخاصة بها، بالإضافة إلى الاهتمام باللامركزية، ونشر الهياكل الصحية فى الأقاليم، تلك التى أشير إليها فى البرنامج الذى أجهض عام ١٩٢٧.

لم تعد الوزارة تضم سوى قطاعين: قطاع مسئول عن إدارة المستشفيات والمعامل و مكافحة الأوبئة، بالإضافة إلى الصحة العامة، التى تتضمن الأمراض المتوطنة، وحماية الطفولة، ومكافحة الحشرات والحيوانات الضارة، ومراقبة الأغذية والمساكن غير الصحية. وقطاع يختص فقط بالنواحى التقنية، وكان يحوى قسمًا لإدارة القاهرة، وآخر لإدارة المحليات، وثالثًا للمجارى، وقسمًا رابعًا يختص فى المقام الأول بتوفير المياه الصالحة للشرب، وكان هذا القسم تحت إدارة المهندس "محمود شاكر أحمد" من "مصلحة الشئون القروية".

وفى عام ١٩٣٩ ينجح التيار الذى ينادى بضرورة تكوين أخصائيين اجتماعيين ــ والذى تمثل فى الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية، وفى مدرسة الخدمة الاجتماعية بالقاهرة ــ فى إنشاء وزارة الشئون الاجتماعية أثناء تولى أحمد ماهر ــ رئيس الجمعية ــ مهام رئاسة الوزراء. جاءت هذه الوزارة لتتكامل مع وزارة الصحة، وتؤكد على ضرورة الاهتمام بالريف، وتحسين مستوى حياة الفلاح. وبالفعل تم إنشاء "إدارة الفلاح" داخل الوزارة، برئاسة أحد الأطباء وهو الدكتور "أحمد حسين"، الذى كان أيضًا أحد أعضاء الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية.

تستعيد كل من وزارة الصحة ووزارة الشئون الاجتماعية مشاريعها

الإصلاحية فى مجال الصحة مرة أخرى ــ والتى كانت قد توقفت فى نهاية ١٩٢٠ ــ وذلك فى إطار المناخ المواتى للنصف الثانى من الثلاثينيات، ذلك المناخ الذى شهدت مصر خلاله جلوس ملك جديد على العرش(*)، وتوقيع معاهدة ١٩٣٦ مع الإنجليز، ثم معاهدة مونترو عام ١٩٣٧، وأخيرا دخول مصر فى الـ "SDN" خلال العام نفسه.

الجهاز التشريعى

كانت مصر خلال عقد الثلاثينيات من القرن العشرين قادرة بشكل عام على تأمين سياسة عامة فى مجال الصحة، إذ كانت البلاد تمتلك الأدوات اللازمة من أجل ذلك، وتتمثل هذه الأدوات فى الأطباء والنظريات العلمية والمؤسسات السياسية المتخصصة فى إدارة المشاكل الصحية والرعاية، ولا ينقص هذه الأدوات إلا إرادة المرضى، أولئك الذين ظلوا يشعرون باغتراب مع الطب الحديث وأنظمته. ومن أجل تضييق الهوة بين طموحات الطبقات المهيمنة، وبين الحالة المتأخرة، تم بحث سبل الإلزام لإجبار المصريين على الانصياع لقواعد وأنظمة الرعاية الصحية. لقد كانت طموحات الطبقة المهيمنة تتمثل فى أمانيها بتطبيق قواعد النظافة والرعاية الصحية الخاصة "بالدول المتحضرة"، فى حين كانت الحالة المتأخرة تتمثل فى عزوف الجمهور الواسع عن الانصياع لقواعد هؤلاء المصلحين من الطبقة المهيمنة.

كان الأطباء وبخاصة المهتمين منهم بالإصلاح الاجتماعى، يعتقدون أن العائق الأساسى أمام المشروع الطبى يتركز فى جهل الناس، فالجهل أحد أضلاع الثلاثية القاتلة (الجهل، المرض، الفقر)، وهو فى الوقت نفسه من أهم أسباب تخلف البلاد وبخاصة فى الأرياف.

(*) الملك فاروق الأول.. وقد جلس على العرش فى ابريل ١٩٣٦. (المحرر)

فحيث إن القلة فقط هى القادرة على الاستفادة من الرعاية الصحية، يجب عليها إذًا أن تجبر البقية التى لا تملك المصادر الأساسية من أن تستفيد بدورها من المشروع الطبى، وذلك من خلال الاستفادة من جهاز الدولة.

وحيث إن الأسباب الرئيسية للأمراض المصرية هى أسباب اجتماعية الطابع، يجب النظر إلى القضية فى شموليتها لا حالة بحالة، وهذا يتطلب اعتماد التخطيط العقلانى، إذ لا يجوز ترك مسألة الصحة للمبادرات الفردية للأطباء، أو لأصحاب المبادرات الخيرية، بل يجب أن تدخل ضمن اهتمامات الدولة.

هذا ما أدركته الدول الغربية جيدًا، فبريطانيا مثلا — وبرغم دورها المحدود فى هذا المجال داخل مصر — إلا أنها شهدت تطورًا ملحوظًا لظروفها الصحية، لأنها وضعت سياسة للصحة منذ عام ١٨٧٢[٢٢]. وهكذا يجب أن يتم وضع مسألة الصحة على رأس قائمة أولويات الدولة، مثلها مثل التعليم. فالتعليم الابتدائى أصبح إجباريا ومجانيا منذ معاهدة ١٩٢٣، وأصبح حقا وإلزاما فى آن واحد، وعلى الجانب الآخر وبفضل التطور الطبى، لم يعد المرض قدرًا، بل أصبح من الممكن علاجه،إلا أن هذا الحق، وبسبب جهل المصريين، لم يكتسب هذه القيمة، وبالتالى وجب أن تكون الرعاية الصحية ملزمة مثلها مثل التعليم، "فمن حق الدولة، ذلك الحق المستمد من حق الشعب، أن تقوم بإلزام الشعب بالعلاج بقوة القانون"[٢٣].

وفى المقام الأول فإن تغيير العقول والأنماط السلبية يتم من خلال عملية التعليم، وبالتالى فعلى المدارس — التى يزيد انتشارها يومًا بعد يوم — أن تستقبل الأخصائيين فى المجال الصحى (الأطباء)، ومن أجل التغلغل إلى أعماق المجتمع، يجب أن يدخل الطب عن طريق المؤسسات العاملة فيه. إن الصحة المدرسية هى إحدى هذه القنوات الإجبارية فى المجتمع المصرى، وتواجد الأطباء فى المدارس ليس بجديد، ولكن يجب زيادة أعدادهم حتى يؤثروا على العناصر الشابة الأكثر قابلية للتعامل مع كل ما هو جديد[٢٤].

وإذا كان الطلاب هم مثار الاهتمام الأول بالنسبة للمشرع، فإن العمال يأتون في المقام الثاني بالنسبة للمستفيدين من هذه القوانين.

ففي خلال الثلاثينيات من القرن الماضي، نجحت مصر ـ وبالرغم من سيطرة الإنجليز على مقدرات البلاد ـ في إنشاء صناعة وطنية رأسمالية ليبرالية، وهذه الصناعة المحلية ومثيلاتها الخاضعة لرأس المال الأجنبي أفرزت نواة للطبقة العمالية، وقد اهتمت وزارة الشئون الاجتماعية بالتعامل معها وفق التقاليد الخاصة بالحركة العمالية الأنجلو سكسونية، فبخلاف وضع الفلاح الذي تمتد جذوره في العمق التاريخي للبلاد، "فإن مسألة العمال يمكن أن تدار باعتبارها قضية اجتماعية، قابلة لكل الاحتمالات ومفتوحة لكل الطموحات"[٢٥]، ولهذا نجد أن أولى التجارب الخاصة بالتأمينات الاجتماعية اختصت بفئة العمال.

في عام ١٩٢٥ اشتركت مصر في مؤتمر العمل الدولي، الذي انتهى بالتوقيع على الاتفاقية الثالثة الخاصة بحوادث العمل، وبموجب ذلك تم الاعتراف بحق العامل المصري في الحماية من خلال منظومة من الإجراءات الاحتياطية، في مواجهة بعض المخاطر الاجتماعية الناتجة عن الصناعة، وذلك بالمواكبة مع القانون الدولي الوليد. وفي عام ١٩٣٦ ظهرت بدايات القوانين الاجتماعية الخاصة بالحماية غير الإجبارية، فيما يتعلق فقط بحوادث العمل بالنسبة للعمال والموظفين العاملين في قطاعي الصناعة والتجارة. وفي عام ١٩٤٢ أصبح هذا القانون إجباريا بالنسبة لأصحاب المنشآت الصناعية. وفي عام ١٩٥٠ شهدت مصر سلسلة أخرى من القوانين المطبقة على الفئات نفسها، مع توسيع نطاق الحماية لتشمل الأمراض الناتجة عن المهنة في بعض الصناعات، وهذا التشريع يتعلق بضرورة قيام صاحب المنشأة بالتعاقد مع إحدى شركات التأمين الخاصة، لدفع قيمة تقسيط الإصلاحات في حالة وقوع حادث من قبل أحد موظفيه، ويقتصر دور الدولة في هذه الأثناء على الرقابة وتطبيق القوانين، وبخاصة القيام ببناء البنية التحتية للعلاج المجاني.

أتاح هذا النظام لكل القطاعات الحديثة فى المجتمع من عمال وموظفين، منطقًا علاجيا حضريا فى المقام الأول، وبدأ تطبيق هذا النظام فى الوقت نفسه الذى ظهرت فيه أصوات تنادى بضرورة إصلاح القرية المصرية، إصلاحًا يساهم فيه الأطباء بقدر كبير، من خلال رسم تصورات علاجية مختلفة تمامًا، يمكن أن يستفيد منها الفلاح المصرى.

فالفلاح المصرى الواقع تحت وطأة الفقر، والمحاط بالأمراض المتوطنة نتيجة لطبيعة عمله ولنقص الشروط الصحية العامة، يجب أن يستفيد من العلاج المجانى فى إطار السياسات الوقائية والتعليمية فى الوقت ذاته، مع الوضع فى الاعتبار أن القطاع الريفى أكبر بكثير من القطاع العمالى، ويحتاج إلى جهد أكبر، نتيجة بعده عن "المدنية".

الإصلاح الصحى فى القرى المصرية
مصر التى يحلم بها الأطباء
القرية المصرية: عقبة الإصلاح الاجتماعى

فى ديسمبر ١٩٣٥ اتسم المناخ السياسى بدرجة أعلى من الهدوء، نتيجة لعودة الدستور الذى تم إيقاف العمل به فى ١٩٣٠ من قبل "إسماعيل صدقى"، وبسبب هذا الهدوء قامت القوى السياسية والاجتماعية فى مصر بإعادة تشكيل ذاتها من أجل إحياء قضية الإصلاح الاجتماعى، الذى أخذت فيه مسألة إصلاح القرية المصرية موقع الصدارة، مع الاهتمام بإعادة تشكيل عناصر ومكونات الريف المصرى. فنجد إشارة إلى هذه القضية فى خطابى كل من الملك الشاب "فاروق"، بمناسبة جلوسه على العرش عام ١٩٣٦، وأيضا رئيس مجلس الوزراء "مصطفى النحاس باشا" أثناء دورة مجلس النواب الأولى فى العام نفسه.

لم ينتظر الأطباء المصريون هذا الاهتمام الرسمى حتى يثيروا قضية القرية المصرية، فهم أول من اهتم ببلورة المشاريع الإصلاحية الصحية للقرية المصرية، ففى عام ١٩٣٤ شهدت إحدى مدن الأقصر أولى تلك الإرهاصات، أعقبها بسنتين ـ وبفضل إنشاء وزارة الصحة العامة ـ ظهور نشرة "التجهيزات العامة وشئون القرى"، لتكون أولى النشرات المطبوعة على نفقة الدولة. غير أن هذه الإصلاحات كان يتم عرقلتها على الدوام، مما يؤخر تنفيذها باستمرار، وهذا ما شهده آخر مؤتمر بخصوص هذه القضية عام ١٩٥٣، وهو المؤتمر الحادى عشر للأطباء العرب، الذى انعقد فى القاهرة بمشاركة عدد كبير من المهندسين[٢٦].

وبالرغم من عدم متابعة هذه مشاريع لتصبح واقعًا ملموسًا،إلا أن أهمية المسألة تكمن فى طرح هذه المشاريع لأول مرة منذ محاولات "محمد على" لطرح قضية تعميم الطب والعلاج فى المجتمع المصرى قبل ذلك بقرن من الزمان، ففى ظل الاحتلال كان هناك إحساس بالمهانة لعدم وجود غطاء صحى على مستوى الدولة، ولإهمال ما يعتبر العمود الفقرى للبلاد، وهو "الفلاح"، ومن جهة أخرى فإن الاعتراف بهذه القضية إنما يبلور أهمية ومكانة الأطباء المصريين، وقدرتهم على التماس مع الواقع المحيط بهم.

فيما يتعلق بكيفية تناول هذه القضية ظهر اتجاهان أساسيان، غير أن الاتجاه الثانى تسيد الموقف سريعًا، ويتمثل هذا الاتجاه فى علاج السكان المرضى، بمعنى إمداد القرى بأعداد من العاملين فى المجال الطبى، أو العمل على أساس أن هناك مناخًا مرضيا عاما.

فى المرحلة الأولى يجب على الأطباء الالتحام بواقع القرية المصرية، حتى يستطيعوا من خلال ذلك اكتساب خبرات تؤهلهم لتحديد مواقع مقاومة هذه الطفيليات غير المرئية التى تضعف سكان الريف تمامًا، أى تحسين المناخ الذى يعيش فيه الفلاح من أجل القضاء على مصدر الإصابة.

كان ارتفاع التكاليف إحدى الصعوبات التي واجهها الأطباء الداعون للإصلاح الاجتماعي، فالفراغ الذي يجب أن يسدوه كبير، نتيجة غياب البنية التحتية الصحية، في دولة تركت الشئون الصحية في أيدي الممارسين التقليديين أمثال الحلاقين والقابلات ، وخصوصًا بعد أن شهدت البلاد نموا ملحوظًا في عدد السكان[٢٧]. لمواجهة هذه التحديات قرر الأطباء القيام بجهود كبيرة في العمل، وفي تطويع التخصصات لخدمة الأهداف المرجوة، وهكذا تم وضع التصورات الأساسية خلال مؤتمر الأقصر عام ١٩٣٤، ثم تم تطويرها وتعميقها خلال المؤتمرات التالية عامي ١٩٣٦ و ١٩٥٣.

يمكن رصد مقالات عديدة في وصف حال القرى المصرية، في كل من مجلة الجمعية الطبية المصرية ومجلة الشئون الاجتماعية التي تصدرها وزارة الشئون الاجتماعية. إن وصف القرية يفترض التواجد في قلبها والتعرف على قنوات الري، وهي أماكن مجهولة وغامضة للعديد من الأطباء، حيث إن معظمهم يعمل في المدينة، بل إن معرفة طبيب الأقاليم قد تتوقف عند حدود المركز، ولا تتعداه إلى خارجه (القرى والنجوع)، حيث لا تتوفر أساسيات العيش التي يعتبرها الطبيب ضرورية لحياته اليومية، هذا البعد الجغرافي والثقافي قد يسبب صدمة حقيقية للذين يقررون الدخول إلى القرى، وفي كثير من الأحيان ما يلجأ الكثير منهم إلى استعارة ما يصفه الآخرون في كتاباتهم، مما أدى إلى سيادة وصف نمطي للقرية المصرية.

وكثيرًا ما يتم عقد مقارنة بين الريف والمدينة للإشارة إلى سوء الأوضاع في القرية، فنجد على سبيل المثال هذا الوصف للمدينة لـ "محمود بك شاكر"، المهندس وسكرتير الإدارة العامة للتجهيزات بوزارة الصحة، الذي يقول فيه: "لقد أحرزت المدن تقدمًا كبيرا في اتجاه المدنية والعمران، فهناك تطور ملحوظ في مجال التجهيزات الصحية والقواعد المتبعة، فنجد الصرف الصحي[٢٨]، والمياه الصالحة للشرب، مما ساهم في تقليل انتشار الأمراض وانخفاض ملحوظ في عدد الوفيات.

أما بالنسبة للقرى فالوضع لم يتغير البتة منذ آلاف السنين"[٢٩].

من جهة أخرى أصبح رأى الأجانب محلا للتقدير من قبل الكثيـرين الـذين يريدون اللحاق بركب الحضارة، ذلك ما نجده فـى العديـد مـن الكتابـات التـى استخدمت أحياناً تعبيرات قاسية فى وصف الواقع المتخلف، وهكذا نجد فـى هـذا السياق صورة نموذجية بعيدة كل البعد عن الواقع فى وصـف للقريـة الفرنـسية المتأنقة عام ١٩٣٦. وباعتبار أن القرية نموذج مصغر للمدينة الكبيرة، ستظل هذه النظرة الأجنبية تلاحق عموم البلاد وسكانها[٣٠].

نستطيع التعرف على كيفية تسلل الطفيليات والأمراض إلـى القريـة، مـن خلال تتبع وصف الأطباء المهرة الذين تعاملوا مع الواقع بالريف، فنجد فى كتابات "د. محمود شاكر" المنشورة فى مجلة الجمعية المصرية للأطباء: "القرى عبارة عن مجموعة من الأكواخ المكدسة بدون تهوية، طرقاتها غير ممهـدة تتكـدس فيهـا القاذورات وروث الحيوانات، يشرب سكانها المياه الملوثة بجميع الملوثات البشرية والحيوانية، فتتغلغل إلى داخل الجسم مسببة أمراضًا شتى تهدد حياه الأفراد، وهـذه القرى تحيط بها البرك[٣١] ذات المياه الآسنة والحشرات التى تنقل الملاريا، ومقالب القمامة التى يحوم حولها الذباب ناقلا جراثيم الرمد الحبيبى والحميـات. وإذا مـا ولجنا إلى داخل هذه الأكواخ سنجد صورة مصغرة لما وصفناه فى الخارج: سـكن مشترك بين مجموعة من البشر والحيوانات التى تحتل فى الغالب أفـضل أجـزاء الكوخ، أما الغرف فهى ضيقة ومظلمة بلا تهوية، يتكدس داخلها أفـراد الأسـرة، وتفتقر معظم تلك الأكواخ إلى دورات المياه، إذ اعتـاد أهـل القريـة أن يقـضوا حاجاتهم بالقرب من المصارف، وفى الطرقات، أو فى منـاطق تكـدس القمامـة المنتشرة بأرجاء القرية، وعندما يمتلك البعض دورات مياه تكون غير نظيفة علـى الإطلاق، خاصة إذا كانت بعيدة عن مضخات المياه"[٣٢].

تظل هذه الصورة النموذج عن القرية هى السائدة والأكثر انتشارًا، ويعـزى الكتاب أسباب التخلف إلى تعود الفلاحين على الحيـاة وسـط القـاذورات، وإلـى

التكدس البشرى، والتداخل مع الحيوانات، وكل ذلك بعيد كل البعد عن القواعد الحضارية التى اكتسبها أهل المدن المقتدرون، وهؤلاء هم الفئة الوحيدة فى مصر التى استفادت من التقدم الصحى، ومن تحسن شروط مستوى الحياة، أما الأعيان المحليون فإن حياتهم تشبه إلى حد بعيد حياة الفلاحين، ولهذا فلا يتم اعتبارهم حلفاء لحركة الإصلاح والتغيير، غير أن البعض اعتبروا "العمدة" حليفًا للإصلاح، فى حالة إمداده بأشكال وأساليب الإصلاح اللازمة، ولكن ظلت الغالبية تحصر العمدة فى أدواره التقليدية، وتخص الأخصائيين الاجتماعيين بمسئولية التغيير والإصلاح.

تبنت حركة الإصلاح الغربية أيضًا، فى القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، أسلوب حل الطلاسم الاجتماعية، عبر الاعتماد على الإحصائيات والملاحظة،إلا أن الصورة كانت مختلفة عن واقع الحال فى مصر، فسكان الريف بأوروبا كانوا ينعمون بالهواء الطلق لا تنقصهم التهوية، بخلاف وضع الفلاحين المصريين الذين كانوا يعيشون حياة غير صحية، تنتشر فيها الأمراض، ولهذا كان من الضرورى أن تأخذ عملية الإصلاح الجانب المعنوى فى اعتبارها. صحيح أن الفلاح هو ضمان استمرارية ورخاء البلاد،إلا أن هذا الجانب المعنوى يكاد يكون نادر الوضوح إلا فى كتابات الأطباء، وعلى الجانب الآخر كانت تنتاب هذا الفلاح العتيق حالات من الغضب، خاصة إذا تعرض للتهديد فى ممتلكاته أو فى شرف نسائه،إلا أن هذه الجرائم ترتبط أساسًا بالجهل، ونقص التعليم، وانتشار الموروثات الرجعية، لا بالطبيعة الداخلية له. وعلى هذا كان من الضرورى أن يتضمن المشروع الإصلاحى وجهين من أجل النجاح فى تغيير واقع الريف، وجهًا تعليميا يهدف إلى تعليم الفلاح لتغيير أسلوب حياته وعاداته، ووجها آخر يرتبط بالجانب التقنى لتغيير محيطه البيئى ليتماشى مع الشروط الصحية الصحيحة.

إصلاح القرية

التطور الحضارى من أجل الشفاء

في عام ١٩٣٤ قام "د. محمد خليل عبد الخالق" في أعقاب الجدل الذى أثير في مؤتمر الأقصر، بتقديم أول مشاريع الإصلاح الصحى الشامل للقرية، حيث كان مديرًا لمعهد أبحاث الأمراض المتوطنة، وقد استهدف هذا المشروع وضع حلول لمجموعة المشاكل المثارة في القرى، من خلال تبنى نموذج التأمين الإجبارى، والذى سيتم بالفعل تطبيقه بعد مضى سنتين على فئة العمال والموظفين في قطاع الإنتاج الحديث. فالفلاح كما استنتج "د. محمد خليل" لا يلجأ إلى الأطباء إلا في الحالات القصوى، ويكون ذلك في الأغلب بعد فوات الأوان، وبناء على ذلك يقترح نظامًا يخضع بموجبه مجموعة مكونة من ١٠٠٠٠ قروى لفحص إجبارى، من قبل أحد الأطباء المخصصين لهذه العملية بدوام كامل، ويختص هذا الطبيب بمتابعة ملف حالاتهم الصحية باستمرار، وإجبارهم على الخضوع للكشف الدورى، وتوفير الأدوية المجانية، ويقيم هذا الطبيب على نفقته الخاصة، ويخصص له أجر قدره ٢٥ جنيهًا شهريا(٣٣)، على أن تتحمل الحكومة جزءًا من هذا الأجر، ويقوم المريض باستكمال الباقى بواقع نصف قرش لكل زيارة، وتدخل ضمن اختصاصات هذا الطبيب بعض المهام التى كان يقوم بها حلاق الصحة، مثل فحص الوفيات، والإعلان عن وجود أمراض معدية، وعن التطعيمات، علاوة على اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة، ويشير "د. محمود خليل عبد الخالق" إلى أن مثل هذا المشروع لا يحتاج إلى بنية تحتية كبيرة، فتكلفته حوالى ٤٠٠٠٠٠ جنيه مصرى، وهو مبلغ يمكن الحصول عليه عن طريق اقتطاع عشرة قروش في السنة عن كل فدان يزيد عن خمسة فدادين.

وبالرغم من عدم حاجة هذا المشروع لاستثمارات كبيرة، إلا أنه يطرح عدة مشكلات، ففى هذه الفترة لم يكن في مصر أكثر من ٤٠٠٠ طبيب مصرى

وأجنبى، يقيم معظمهم فى المدن، ومن جهة أخرى كانت كلية الطب فى القاهرة لا تخرج أكثر من مائة طالب فى العام. كان مشروع "د. خليل" يتطلب جذب ١٢٠٠ طبيب، وهو رقم كان بعيدًا عن الاحتياجات التى أشار إليها مؤتمر الإصلاح الذى انعقد خلال ١٩٣٠[٣٤].

إن طموح "د. خليل" لم يمكنه من رؤية الخلل بين الأرقام المطلوبة والواقع الفعلى، خاصة إذا قمنا بعملية طرح بسيطة لعدد الأطباء المطلوبين من العدد الإجمالى، وذلك دون الإشارة إلى المشكلة الكبرى، ألا وهى عدم رغبة أغلبية الأطباء فى ممارسة المهنة بالأرياف.

إن نمط تعليم الأطباء المصريين، علاوة على طموحاتهم الاجتماعية، لا تؤهلهم للعيش فى الأرياف، فقد تم تأهيلهم منذ البداية لسد احتياجات الجيش، ثم بعد ذلك تمت الاستعانة بهم لتوفير خدمة صحية عامة قد لا تكون متطورة، إلا أن الأطباء كانوا قد ورثوا النموذج الأوروبى، وهذا ما رأيناه بالفعل، والذى يتمثل فى اكتساب هوية اجتماعية تعلى من شأن الممارسة الليبرالية فى الأوساط الحضرية. ونجد كيف ساند "ويندل كليلاند" مشروع "د. خليل" الذى لم يضع فى حسبانه أيضًا ما يتطلبه هذا المشروع من روح نضالية، إذ إنه كان يرى أن التقدم القومى فى مصر يحتاج إلى كوادر من أفضل الأطباء المجهزين تجهيزًا جيدًا ليقوموا بهذا الدور، نظرًا لتكوينهم العلمى وللمبادئ الإنسانية التى يتحلون بها لإنقاذ الناس من الأمراض، وبهذا تحتاج البلاد إلى حفنة من الأطباء ومن علماء الاجتماع لينقلوها نقلة حضارية خلال جيل واحد[٣٥].

فى حقيقة الأمر فإن الأطباء المصريين لا يتحمسون للذهاب إلى الأقاليم، فالابتعاد عن المركز يشكل تقليلا من شأن المهنة التى نجحت فى أن تتبوأ مكانة مرموقة اجتماعيا. بالإضافة إلى أن مشروع "د. خليل" كان ينطوى فى الأساس على جانب تربوى أكثر منه جانبا طبيا، فقد كان"د. خليل" ينظر إلى الموضوع باعتباره تحايلا على مشكلة الأمية لنشر المفاهيم الصحية، من خلال استخدام

الرسومات والعروض، وذلك ما يعتبره الأطباء تقليلا من شأنهم، فهم أطباء معالجون وليسوا مصلحين اجتماعيين.

ومن جهة أخرى فإن وصول الأطباء إلى القرى من شأنه محاربة الأساليب غير العلمية فى العلاج، التى تعتمد على الأفكار الرجعية والسحر والدجل، وكلها أساليب يجب القضاء عليها تمامًا بأسلوب عقلانى، وهذا يتطلب إحلال المفتشين الصحيين محل حلاقى الصحة، ليسجلوا المواليد والوفيات ويراقبوا الصحة الغذائية والبيئة، وتحل قابلات متخصصات محل "الدايات"، لمتابعة وإجراء عمليات الولادة، وهذا كله من الأمور الصعبة، خاصة وأن هذه المهن المرتبطة بالطب ــ بعكس الأطباء ــ لم تحصل بعد على الاحترام اللائق اجتماعيا، فنجد مهنة مثل التمريض تواجه صعوبات جمة على مستوى اختيار الفتيات لهذه المهنة، إما لندرة تعلم الفتيات، أو بسبب المقاومة الدينية التى يواجهنها، وأخيرًا تظل مشكلة الأجور من المشاكل الكبرى التى تواجه هذه المهن، حيث إنهم سيعملون فى أوساط فقيرة لن تستطيع مواجهة تكاليف هذه الرعاية الطبية.

فإذا تخيلنا، على سبيل المثال، أن هناك أخصائية طبية لكل ٥٠٠٠ نسمة، فإن ذلك يعنى ضرورة تأهيل ٢٥٠٠ فتاة، تحصل كل واحدة منهن على أجر بسيط يصل إلى ٥ جنيهات شهريا، دون حساب تكاليف التأهيل ذاته، ومن أجل مواجهة هذه التكاليف، يقترح أحد مشاركى مؤتمر الجمعية الطبية المصرية عام ١٩٣٦ تحصيل ١٠% ضرائب على عوائد المحاصيل الزراعية التى تحقق عائدًا يفوق الجنيهات المائة سنويا[٣٦]. هذه الحلول التى يتم الجدل حولها كثيرا بشأن الإصلاح الصحى فى القرى، تذكرنا بالعوائق التى تواجه دوما المشروع الطبى فى وسط اجتماعى فقير، وخصوصًا عندما لا تكون الدولة قد قررت بعد تحمل الغطاء المالى لهذا المشروع.

من أجل الالتفاف حول هذه المشكلات، يظهر تيار آخر ينادى بضرورة تفعيل الأشياء والبيئة، بمعنى تطوير المحيط الريفى، وعلى وجه الخصوص المياه والنفايات والسكن، التى تعد من أكثر المشاكل إلحاحا فى الأقاليم.

تعتبر قضية توسيع نطاق المياه الصالحة للشرب، من أهم القضايا التى تواجه مشاريع الإصلاح فى القرية، حيث تعد من المصادر الأولى لانتشار الأمراض .

فالمياه عملة نادرة فى دولة تشكل فيها الصحراء القطاع الأكبر من مساحتها، كما أن الفلاح يستخدمها دون حساب فى أعمال الفلاحة والحياة اليومية، ولكن تظل المياه من جهة أخرى مصدرًا للأوبئة والوفيات، حيث تنتشر البرك والمستنقعات على حدود القرى مسببة الملاريا والحميات، وذلك على الرغم من حملات الردم التى تتم منذ "محمد على"، كما يضطر الفلاح إلى الشرب من هذه المياه الملوثة بدودة البلهارسيا، حيث لا توجد مصادر أخرى لمياه الشرب، يضاف إلى ذلك أساليب تخزين المياه وأدوات التخزين مثل "الزير"، الذى قد يكون بدوره مصدرًا لإعادة انتشار الفطريات. ومن أجل السيطرة على هذه المشكلة، يجب توفير مياه نقية وصالحة للشرب، بالإضافة إلى الاستمرار فى ردم البرك ومنع الحفر مستقبلا، والتشديد على توفير هذه المياه النقية فى كل القرى، وخصوصًا فى النجوع والأماكن البعيدة، وبناء عليه تقرر سكرتارية وزارة الصحة للتجهيزات العامة توصيل مياه النيل إلى كل جزء من أجزاء الدولة[٣٧]، مع إنشاء محطات تنقية لمياه النيل فى خمس مناطق بالدلتا، بخلاف منطقتين يتم إمدادهما من قناة المحمودية وقناة الإسماعيلية، كما تقرر إمداد الصعيد بمحطات على طول نهر النيل، باستثناء الفيوم لبعدها على أن تستفيد من مياه بحر يوسف، وبسبب خصائص القرية المصرية، لا يتقرر إمداد كل منزل بالمياه النقية، إنما سيتم وضع مضخات جماعية فى الشوارع لكل منطقة، وقد خطط لتنفيذ هذا المشروع خلال ٢١ عامًا بتكلفة تصل إلى ١٦ مليون جنيه مصرى، لكن تنفيذ مشروع بناء شبكة المياه النقية تلك، استغرق فى الواقع وقتًا أطول مما كان متوقعًا له، غير أن هذه الشبكة أصبحت فى النهاية شبه معممة فى البلاد بفضل سخاء النيل، ويعد هذا المشروع من أكثر مشاريع الإصلاح فعالية.

يظل البعد التربوى حاضرًا فى كل مشاريع الإصلاح، فتدرج دائمًا محاولات لتصحيح بعض التصرفات التقليدية الخاطئة، مثل تلك الناتجة عن غياب المياه النقية داخل المنازل، أو الناتجة عن قضاء الفلاح لحاجته فى الشوارع وفى المصارف لعدم وجود دورات مياه داخل المنازل، فكان الحل الأكثر إلحاحا لمثل هذه القضية هو بناء دورات المياه، ولذا طالبت إدارة الصحة العامة سنة ١٩٢٩ مؤسسة روكفيللر بدراسة هذا الموضوع مرة أخرى، باعتبار أن هذه المؤسسة تنشط فى مجال محاربة البلهارسيا، وقد قام الخبراء بالفعل بتطوير دورات مياه قليلة التكلفة فى بعض القرى، إلا أنها واجهت صعوبات كثيرة خاصة فى موسم الفيضان، حيث إنها كانت تؤدى إلى زيادة انتشار العدوى، وبالرغم من ذلك يجمع "د. عبد الواحد الوكيل" أكثر من نموذج مستخدم لدورات المياه فى أوروبا، وفى أقاصى الولايات المتحدة مثل ولاية" تنيسى"، ليقوم بشرح مزاياها ومساوئها خلال المؤتمر الطبى عام ١٩٣٦[٣٨] ويقترح تجربتها فى مختلف القرى.

كما تم اتخاذ بعض الإجراءات الأخرى مثل منع الاستحمام فى مياه الترع، مصدر عدوى الطفيليات، وأيضًا منع غسيل الملابس وأوانى الطبخ فى المياه ذاتها، وهكذا نلحظ تغييرات فى أسلوب حياة الفلاح نتيجة إدخال الوسائل الصحية الجديدة. وفى حقيقة الأمر فإن هذه التغييرات لم تكن كافية لإحداث التطور اللازم فى القرى، فالوضع شديد السوء مما يحتم ضرورة هدمه بالكامل وإعادة البناء من جديد، ولكن مثل هذه الخطوة لا يمكن تنفيذها إلا بشكل تدريجى، وهكذا فى عام ١٩٣٤ يقترح "د. عبد الواحد الوكيل" تحديد مساحة خالية بجانب كل قرية لإنشاء واحدة جديدة عليها[٣٩] ، كما يتم منع التجديدات فى القرية القديمة بقوة القانون، كى تصبح القرية الجديدة هى عامل جذب القوى الاقتصادية للقرية، مع توفير بنية جماعية (مدرسة ومستوصف..)، وتوفير نماذج سكنية تتفق وقواعد الصحة العامة.

تلاقى فكرة القرى المزدوجة نجاحًا كبيرًا، حتى إنها ظلت تشكل همزة الوصل بين المهندسين والأطباء فى الاقتراحات المقدمة خلال مؤتمر الأطباء

العرب فى ١٩٥٣، واعتبر هذا المشروع من المشاريع الطموحة التــى تــستهدف إعادة هيكلة القرى المصرية.

سجل تعداد عام ١٩٢٧، أكثر من مليونى نــسمة فــى المنــاطق الريفيــة، وبالتالى كان يجب توفير ٢,٥ مليون سكن جديد مع الوضع فى الاعتبار مــساحات الشوارع والمساحات الخالية التى تعادل المناطق السكنية، وهــذه القــرى الجديــدة ستحتل مساحة ٧٦٠٠٠ فدان، بتكلفة تتراوح بين ٨ و ١٠ ملايين جنيه مــصرى، حيث تتكلف كل وحدة حوالى ٧٥ جنيهًا مصريا، أى أن التكلفة الإجمالية تصل إلى مائتى مليون جنيه مصرى.

نتمنى تحقيق هذا الهدف خلال ٥٠ سنة تتحمل الدولــة ســنويا حــوالى ٤ ملايين جنيه مصرى "وهو مبلغ أقل مما يدفع حاليا للدين القومى"(٤٠).

يهدف خبراء الصحة من هذه القرى إلى: أولا تخفيض الكثافة السكانية داخل الوحدة، والابتعاد عن عادة السكنى مع الحيوانات، وثانيا فصل المساحات النظيفــة عن المساحات القذرة، بعكس ما يحدث الآن، فالوحدات الجديدة يجــب أن تكــون واسعة، ذات تهوية جيدة، ومبنية بمواد البيئة المحيطة، تحتوى على صالة وغرفــة نوم، ومكان تخزين، ومطبخ صغير، وإذا أمكن دورة مياه وساحة مفتوحة، عــلاوة على حاجز أمام كل غرفة لمنع دخول الطيور والحيوانات الأليفة الأخرى. حــول هذا المشروع دارت مناقشات المختصين بشأن الاحتياجات الأساسية التــى يجــب توافرها فى السكن، وعليه قامت سكرتارية التجهيزات الصحية العامة بتحديد أكثــر من نموذج للسكن المتوقع(٤١)، منها ستة نماذج ذات غرفة نوم واحــدة، وخمــسة نماذج ذات غرفتين للنوم، وفق المستوى الاجتماعى ودخــول الفلاحــين وحجــم الأسر.

وقد أوصى بتنظيف محيط المنزل من كل القاذورات، كما أوصــى بتحديــد مكان للقمامة خارج القرية، بالإضافة إلى مكان مخصص للماشية على أطرافهــا. لقد لقى هذا الأسلوب فى تحديد الوظائف النظيفة والقذرة صدى كبيرًا فى مــشروع

القرية للمهندس "سيد كريم"، فقد قام بتقسيم مساحة القرية إلى ثلاث مناطق، المنطقة الرئيسية المخصصة للسكان، وعلى يسارها منطقة نظيفة تنتهى بتجهيزات جماعية للأعمال الاجتماعية (مجمع الإدارات، مدرسة، مستوصف، حمام)، وعلى يمين المنطقة السكنية تقع المنطقة القذرة، التى تؤدى إلى مقلب القمامة والإسطبلات وسوق المواشى... ثم إلى المزارع، وكل وحدة من الوحدات متصلة بالمنطقتين. فى المنطقة النظيفة من القرية، نرى طرز معمارية حديثة تحوى النشاطات والمهن الحديثة، كالأطباء، والمهندسين، والمدرسين، والمهندسين الزراعيين، والأخصائيين الاجتماعيين... حيث إن تواجدهم المشترك سيؤدى بهم إلى تكامل فى الأعمال المستهدفة على مستوى القرية، للتخلص من الثالوث القاتل، الفقر والمرض والجهل.

تطلعت وزارة الشئون الاجتماعية إلى هذا الهدف نفسه، إلا أنها كانت أكثر واقعية من هؤلاء الحالمين، من أطباء ومهندسين فيما يتعلق بالتمويل، وبالتالى فقد خصصت مراكز اجتماعية تخدم حوالى ١٠٠٠٠ نسمة، تشمل الجوانب الاقتصادية والصحية والاجتماعية، ويتكون المركز من بناية بسيطة، قليلة التكلفة، تحوى صالة مشتركة لعقد اللقاءات والدروس الليلية، وسماع الراديو، ومكتبة صغيرة، وعيادة طبية وصيدلية، ومركزًا للأمومة والطفولة ملحق به صالة للولادة، بالإضافة إلى حمام عام ودورات مياه، وتعاونية لمنتجات اللبن، وتشمل التجهيزات العامة فى القرية (مضخات، وطلمبة لرفع المياه النقية، ومغسل عمومى، ونظام لمقاومة الحرائق، ومجمع للقمامة)، وكل ما تقدم يكون تحت إشراف الشئون الاجتماعية. ويلتزم كل مركز بتعيين طبيب بدوام كامل، ومفتش صحى يختص بمراقبة البيئة، وزائرة طبية للتوليد، ومختص فى المسائل الزراعية لإدخال التقنيات الحديثة على المستوى الزراعى والتجارى.

كان من المتوقع إنشاء حوالى ١٠٠ مركز بتكلفة ٣٠٠٠٠٠ جنيه مصرى، بدءًا من ١٩٣٩- ١٩٤٠، ولكن نظرًا للمعوقات المالية المستمرة والتخوفات

السياسية، لم يتم إلا إنشاء ٣٠ مركزًا فقط. وكانت هذه المشاريع هى النواة التى سارت على دربها حركة الضباط الأحرار، رغم البطء الشديد الذى شاب تنفيذها.

ومن الجدير بالذكر أنه فيما يتعلق بتلك المشاريع الخاصة بإعادة بناء القرى المصرية، لا نجد أثرًا للحنين إلى ما يعرف بالتقاليد أو الفلكلور بصفة عامة، إذ بالرغم من جمال الطبيعة بالقرية المصرية، إلا أن العنصر البشرى نجح فى تلويثها، ولذلك كان من المحتم إيجاد تواصل بين كل من الدولة والأرض ومن يعمل على ترابها، بمعنى إجراء تغيير شامل على كل من الأفراد والبيئة المحيطة، حتى يتوفر المناخ الملائم للعمل المهنى والاجتماعى أمام الأجيال الجديدة.

تعتبر المشاريع الخاصة بالإصلاحات الصحية للقرية المصرية ـ والتى ازدهرت خلال الفترة (١٩٣٠-١٩٤٠) ـ نتاج التيارات السياسية الطوباوية المتأثرة بالثورة الفرنسية "القضاء التام على الأمراض فى مجتمع بدون اضطرابات، ترد الصحة إلى الجذور"[٤٢]. لقد وجد الأطباء المصريون أسباب إخفاقهم داخل هذه المهمات الجسيمة التى حملوها على أكتافهم "الطبيب المناضل الذى سيقضى تمامًا على الأمراض"، حيث كانت العوائق التى واجهت طب الصحة العامة كثيرة جدا، وشديدة التناقض مع الاختيارات التلقائية للطب الليبرالى الذى كان مزدهرًا حينئذ، فهؤلاء الأطباء المصريون، الذين أرادوا تنفيذ هذه الإصلاحات، فشلوا فى الاستقرار والحياة فى الأرياف، بالإضافة إلى قلة عددهم فى تلك الفترة، مما نتج عنه فشلهم فى تشكيل عنصر ضغط كاف للتغيير.

تعليم نخبوى

لم يهتم الإنجليز كثيرًا بالتعليم العام، ففى عام ١٩١٣ كان ٢٠,٥% من الفتيان و٦,٥% من الفتيات يتلقون التعليم الأساسى[٤٣]، مما يعنى أنه فى مثل تلك الظروف لا يتلقى التعليم العالى إلا الصفوة فقط .

ثم تشهد المؤسسة المدرسية بعضًا من التوسع خلال رئاسة "سعد زغلول" لوزارة المعارف العمومية عام ١٩٠٩، فتبدأ الحكومة منذ ذلك التاريخ في منح المجالس الإقليمية بعضًا من الاستقلالية المالية، وتحثها على استخدام جانب من الضرائب في إنشاء وتحسين المدارس، وهكذا تفتتح المجالس الإقليمية ٦١١ مدرسة أساسية و٦٥ مدرسة ابتدائية خلال الفترة من ١٩١٠ إلى ١٩٢٠[٤٤]، وتطور وزارة المعارف العمومية من جانبها شبكة المدارس الابتدائية والثانوية خاصة بعد الاعتراف بسيادة مصر عام ١٩٢٢، وتزداد ميزانية التعليم من إجمالي ميزانية الدولة، من ٤% عام ١٩٢٠ إلى ١١% بعدها بعشر سنوات[٤٥].

وبالرغم من ذلك كله ينحصر التعليم في صفوة المجتمع، ففي عام ١٩٣٠ بلغ إجمالي عدد طلاب المدارس ٣٦٠٠٠[٤٦]، ومما يجدر ذكره أن هذا التعليم كان بمصاريف مالية، مما حصره في نطاق الطبقة العليا والمتوسطة على أقصى تقدير، واستفاد ١% إلى ٤% فقط من الطبقة الفقيرة من إعفاء المصاريف، وقد هدف النظام التعليمي كما هو واضح إلى تكوين العناصر المؤهلة للمدارس العليا التي تشكل الكوادر الإدارية والمهنية في البلاد مثل الأطباء والمهندسين.

كما تجدر الإشارة إلى وجود تباين كبير في مستوى المدارس الابتدائية والثانوية بحسب القرى والمناطق، بحيث تستأثر المدينة بالمدارس رفيعة المستوى، ومما لا يثير الاستغراب أن الطلاب الذين يدخلون الكليات العليا مثل الطب والهندسة — وهي من كليات القمة في مصر — هم في أغلبهم خريجو المدارس القاهرية رفيعة المستوى، كما أن دراسة الطب، مثلها مثل معظم النظام الدراسي في المدارس، كانت بمصاريف مالية يستثنى منها حفنة صغيرة (حوالي ١٠%) من الطلاب الفقراء النابغين الذين يستفيدون من مجانية التعليم بصفة شخصية.

كل هذه الصعوبات التي تتمثل في ارتفاع المصاريف المالية، وطول الفترة الزمنية للدراسة التي تتطلبها دراسة الطب، بالإضافة إلى رغبة الإنجليز في تقليل عدد العاملين في مهنة الطب، أدى إلى خفض عدد الطلاب خلال الفترة (١٩٠٠-

١٩٢٠)، فنحصى فقط حوالى ٣٥ طالبًا جديدا كل عام، ويمكـن القـول إن عـام ١٩٢٣ شهد اهتمامًا متزايدًا من المصريين تجاه دراسة الطب، حيث ارتفـع عـدد الطلاب إلى ٨٥ طالبًا فى المتوسط، ثم ارتفع مرة أخرى فى ١٩٣٦ ليـصل إلـى ١٥٠ طالبًا، وبالرغم من قيام الحرب العالمية بعد هذه الفترة بقليل، إلا أننا نـشهد تزايدًا مستمرا فى عدد طلاب الطب كل عام.

وبالتبعية تنمو أعداد الحاصلين على الشهادات العليا، حيث يـصل متوسـط عدد الخريجين فى الفترة من ١٨٩٦ إلى ١٩١٥ إلى ١٥، وهو عدد ضـئيل جـدا مقارنة باحتياجات البلاد، أما خلال الفترة ١٩٢٣- ١٩٣٣ فإن المتوسط يرتفع إلى ٨٥,٤، ثم يرتفع ارتفاعًا طفيفًا خلال العقد التالى، وننتظـر حتـى ١٩٤٨ لنـشهد ارتفاعًا فى عدد الخريجين يتجاوز المائتين.

تفقد كلية الطب بالقاهرة استئثارها الأحادى فى المجال الطبى، حيث يقـرر مجلس الجامعة فى مايو ١٩٣٨ إنشاء جامعة جديدة بالإسكندرية، تلحق بهـا كليـة للطب فى ١٩٤٢، وتبدأ عملها رسميا فى يناير من ١٩٤٣، وقد استقبلت هذه الكلية المتواضعة نصف عدد طلاب نظيرتها بالقاهرة تقريبًا، ولكنها تستمر فـى الحفـاظ على مناخ الصفوة.

تلبى هذه المؤسسة الجديدة الاحتياجات الزائدة من الأطباء، وتلقـى تـشجيعًا كبيرًا من قبل "على إبراهيم" لتلبية الخدمات الطبية الملحة، والتـى باتـت الـشغل الشاغل فى تلك الفترة.

يؤدى هذا الاحتياج المتنامى لعدد الأطباء إلى إنشاء كلية طب ثالثة، وهـى "كلية العباسية" ذات القدرة الاستيعابية المماثلة لكلية طب القاهرة، ويتم تأسيس هذه الكلية عام ١٩٤٧، لتكون فى البداية تابعة لجامعة القاهرة، ثم تتبع فى عـام ١٩٥٠ جامعة عين شمس، وقد استطاعت هذه المؤسسة الجديـدة فـى قلـب العاصـمة

المصرية أن تنتصر على مشروع منافس آخر انطلق عام ١٩٤٩، وهو إنشاء جامعة فى أسيوط، وتظل البنية التحتية الجامعية لعدة سنوات أخرى محصورة فى اثنتين من المدن الكبرى بمصر، لتكرس الشكل البرجوازى والمدينى لهذه المهنة، فتضم الكليات الثلاث عشية الثورة المصرية ١٩٥٢/١٩٥١ حوالى ٤٣١٥ طالبًا (فى مقابل ١٠٨٩ طلاب فى ١٩٤٢/١٩٤١)، ونظرًا للتطور البطيء نحصى فقط ٨٠٠٠ طبيب ممارس فى عموم البلاد.

شغف المسيحيين بالطب

التحق أول طالب قبطى بمدرسة الطب بالقاهرة عام ١٨٨٨، أما قبل ذلك التاريخ فمن الممكن الإشارة إلى حالة أخرى تتمثل فى قيام أحد مديرى المستشفيات بتبنى مشرف من القائمين على العناية بالمرضى (مسيحى الديانة)، حيث علمه كل شيء بدءًا من القراءة والكتابة حتى حصوله على شهادة الطب عام ١٨٩١[٤٧]. فى البداية لم يشكل هذا الطبيب الأوحد مشكلة بالنسبة لباقى زملائه، إذ خلت كليات الطب من الطلاب المسيحيين حتى العام الدراسى ١٨٩٧/١٨٩٦، ثم شهد العام الدراسى ١٩٠١/١٩٠٠ دخول عدد كبير من المسيحيين إلى كليات الطب، الذين مثلوا فيما بعد حوالى ثلث عدد الطلاب وأحيانًا أكثر من النصف، بينما كانوا يشكلون حوالى ١٠% فقط من إجمالى عدد السكان.

فى العام ١٩٥٥/١٩٥٤ كانت نسبة المسيحيين تمثل ٢١,٣% من إجمالى عدد الطلاب فى جامعة القاهرة، وما يوازى نسبة ٤١,٢% من أطباء المستقبل[٤٨].

خلال الفترة ١٨٣٥– ١٨٥٥ استفاد الأقباط من النظام التعليمى الابتدائى والثانوى الذى أسسته البطريركية، فكانت شبكة هذه المدارس تفوق نسبيًا تلك المتوفرة للمسلمين، وأدى هذا إلى ارتفاع نسبة طلاب المدارس بين المسيحيين

بالمقارنة مع نظرائهم من المسلمين، وخاصة فى الأوساط الحضرية، كما أن المدارس التابعة للبطريركية اتبعت أسلوب المدارس الحكومية فى منح شهادات الدراسة الثانوية التى أصبحت ضرورية للالتحاق بكلية الطب.

مما لاشك فيه أن اختيار الطب كان بالنسبة للأقلية المحلية يمثل شكلا من أشكال التميز، مثلها مثل باقى الأقليات فى المجتمع، وحين دخل الأقباط بغزارة إلى كلية الطب، كانت هذه المهنة قد اكتسبت بالفعل احترامًا منذ السنوات الأولى للقرن العشرين، وذلك بالرغم من المعوقات التى كان يضعها الإنجليز عندئذ.

فقد مثلت شخصية مثل "د. نجيب محفوظ" ـ الذى نشر أولى مقالاته بمجلة "اللانسيت" عام ١٩٠٥ ـ نموذجًا للنجاح، خاصة عندما تنقل بين كل الوظائف المحترمة التى يمكن أن تقدمها مدرسة الطب والمستشفى، فكان مثارًا للإعجاب، ومحفزًا لجيل من حوله، خاصة وأن مثل هذه المهنة كانت تحوز الاحترام، وتمثل مدخلا للوصول إلى البرجوازية الكبيرة، وهى مكانة اجتماعية كان يصعب على الأقباط الوصول إليها من خلال قنوات أخرى.

تمتاز مهنة الطب أيضًا بأنها مهنة من الممكن ممارستها من خارج نطاق الوظيفة العامة، فبعكس المهندسين مثلا الذين يعمل أغلبهم فى هياكل الدولة، كان الأطباء يمتلكون مساحة كبيرة من العمل الخاص، وفى مثل هذه الشروط يمكن للنجاح الفردى أن يتحقق خارج إطار الوظائف العامة، تلك الوظائف التى كان الأقباط يتحفظون عليها بعض الشىء، نظرًا لأنهم لم يكونوا دائمًا موضع ترحيب فى تلك الوظائف العامة، وعلى المنوال نفسه وجد الأقباط النجاح والتألق من خلال دراسة الصيدلة، التى تتيح لهم العمل الحر بعد ذلك.

بدايات وجود المرأة

طرحت قضية الإصلاح على الساحة المصرية مسألة وضع المرأة، فبالرغم من الاعتراضات التى واجهت خروج المرأة عن دورها التقليدى، إلا أنه كان من الصعب إنكار ضرورة توفير فرص التعليم للمرأة، خاصة إذا كان هذا التعليم يساعدها على إتمام دورها التقليدى، فلم تكتف الفتيات بالدخول إلى المدارس الابتدائية ثم الثانوية، حيث ما لبسن أن ضغطن للدخول إلى الجامعة، وقد لاقت هذه المطالب دعمًا من قبل الاتحاد النسائى المصرى، الذى تأسس عام ١٩٢٣ على يد "هدى شعراوى". وكانت كليات الطب من أولى الكليات التى وافقت على دخول النساء (*)، حيث نجحت أربع فتيات فى الالتحاق بكلية الطب عام ١٩٢٩، ونجحت ثلاث منهن فى الوصول إلى الامتحانات النهائية فى ديسمبر ١٩٣٤.

قبل تلك الفترة بقليل، وبالتحديد فى صيف ١٩٢٢، تم إرسال بعثة مكونة من ست فتيات إلى إنجلترا لدراسة الطب، فحصلت "هيلانة سيداروس"(**) فى يناير ١٩٣٠ على إجازة من كلية الجراحة الملكية وإجازة من كلية الأطباء الملكية، ثم حصلت فى مايو ١٩٣١على بكالوريوس الجراحة، وحصلت فتاتان أيضا من هذه البعثة نفسها على الدبلوم البريطانى عامى ١٩٣٢ و١٩٣٣ على التوالى، أما الثلاث الباقيات فلم يكن قد أتممن دراستهن بعد، وفى هذه الفترة نفسها كانت زميلاتهن الأربع قد بدأن فى الالتحاق بكلية الطب بالقاهرة، لدى عودتهن إلى مصر، تم تعيين الفتيات الثلاث الحاصلات على دبلوم أمراض النساء بالعيادات الداخلية بمستشفى "كتشنر" بالعباسية، وهو القسم الذى كان يعين فيه طبيبات إنجليزيات حتى هذا التاريخ(٤٩).

(*) فى عام ١٩٢٩ حصلت أول مصرية على بكالوريوس العلوم من جامعة لندن، وهى زينب كامل حسن، وكانت بذلك أول عضو هيئة تدريس نسائى بالجامعات المصرية، وأول أستاذة فى الجامعات المصرية فى قسم الكيمياء بكلية العلوم. (المحرر)

(**) فى عام ١٩٣٥ افتتحت هيلانة سيداروس عيادة خاصة.. وهى أول عيادة لطبيبة مصرية. (المحرر)

وبالرغم من الدور الريادى الذى لعبته كلية الطب فى قبول الطالبات للدراسة فيها، إلا أنها لم تكن تقبل سوى عدد محدود منهن كل عام.

ففى عام ١٩٣٠ تم قبول ست طالبات، واثنتين عام ١٩٣١، وست عام ١٩٣٢، وسبع عام ١٩٣٣، وأربع عام ١٩٣٥، ونحصى خلال الفترة من ١٩٣٦ إلى ١٩٤٥ معدلا سنويا للقبول يتراوح حول خمس عشرة طالبة، أما منذ ١٩٤٦ فيصل عدد القبول إلى ١٠٠ طالبة، كما يرتفع عدد الطالبات فى كليات الطب الثلاث عام ١٩٥٢ إلى ٤٤١ طالبة.

يمكن تفسير هذا القبول المحدود للنساء، بالدور الذى يراد تحديدهن فى إطاره من قبل زملائهن الرجال، وذلك بحصر الطبيبات فى بعض التخصصات الطبية، مثل تخصصات الأمراض المتعلقة بالنساء وبجهازهن التناسلى، وطب الأطفال وحماية الأمومة والطفولة، والمراقبة الصحية فى مدارس الفتيات، وطب العيون والأسنان، ومعامل التحاليل البكتريولوجية(٥٠)، وفى فترة لاحقة تمت الموافقة على إدراجهن كمساعدات فى تلك التخصصات نفسها بالمستشفيات العامة، أما بالنسبة لتخصصات أخرى كالجراحة أو الممارسة المهنية فى الأقاليم " فإننا نعتقد أنه لم يحن الوقت بعد لذلك ولأسباب يعلمونها بالتأكيد"(٥١).

الرسالة واضحة، لن تستطيع النساء الفكاك من دورهن التقليدى حتى فى الإطار المهنى، فلا سبيل إلى منافستهن للرجال فى الوظائف المهمة والعليا، كما واجهن مشاكل عديدة حتى الستينيات من القرن العشرين فيما يتعلق بإقامتهن فى المستشفيات، مما أفسح المجال أمامهن، من جهة أخرى، للتركيز على السلك الأكاديمى.

لمدة تقرب من الأعوام الثلاثين، لم يتم إعادة النظر في الأسلوب الذي اعتمده البريطانيون ــ فور احتلالهم للبلاد ــ في تنظيم مدرسة الطب. في سبتمبر ١٩٢٦ يدعو مجلس الجامعة "السير كوبر بيرى" مجددًا لاستشارته في أوضاع كلية الطب، وذلك استجابة لعوامل الضغط المشتركة، المتمثلة في المطالب المصرية، وتعقيدات التخصص الطبي، والتغيير في هيكل المدرسة الطبية القديمة أثناء إدماجها في الجامعة المصرية، فيقوم بكتابة تقريره بعد ثلاثة أشهر من وصوله، ويقبل مجلس الجامعة التقرير بعد مراجعته، ويقترح في ٣١ مارس ١٩٢٧ إعادة النظر في المناهج الدراسية التي ستطبق في السنة الدراسية التالية ١٩٢٨.

فيتم تمديد عدد سنوات الدراسة إلى خمس سنوات وثلاثة أشهر مرة أخرى بعد أن كانت قد تقلصت إلى أربع سنوات وسنة تمهيدية في كلية العلوم، بالإضافة إلى إدراج بعض المناهج التي كانت قد أهملت، مثل الكيمياء الحيوية وعلم الجراثيم ــ وذلك تأثرًا بنظريات مدرسة "باستور" التي أصبحت مؤكدة ــ بالإضافة إلى حماية الطفولة والعظام.

ومن جهة أخرى يتم تطوير بعض اقتراحات "السير بيرى" بناء على توجيهات مجلس الكلية، مما يؤدي إلى تقليص مناهج الصحة العامة والطب الشرعي[٥٢]، حيث ترجع أهمية تلك التخصصات إلى الدور الذي كان الإنجليز يريدونه للأطباء الشبان خريجي كلية القاهرة، والذي كان ينحصر في إطار المراقبة ومقاومة الأوبئة. يظهر الأطباء المصريون من خلال تلك المطالب رغبتهم في أن يصبحوا أطباء شاملين ملمين بكامل العلوم الطبية، إلا أنهم في خضم تلك الأحداث يهملون تخصصًا مثل الصحة العامة، وهو حجر الزاوية للإصلاح الصحي الذي يطمحون إليه.

وهنا نلاحظ أن المنطق الذي يتشكل داخل كلية الطب يميل بوضوح إلى

الجانب العلاجى فى التعليم الطبى، وهو المنطق الذى يتبناه مجلس الكلية حين يدخل تعديلا آخر على تقرير "السير بيرى"، بتحديد فترة التكوين التطبيقى من ٢ إلى ٣ سنوات، على أن يتم إلحاق طلاب السنة الثالثة تلقائيا بالمرحلة التطبيقية بالمستشفى(٥٣).

تؤدى زيارة "السير كوبر بيرى" إلى مراجعة الدرجات العلمية لكلية الطب بالقاهرة، فيضاف لدرجة البكالوريوس درجات عليا أخرى هى "الماجستير" و"الدكتوراه" فى الجراحة، مع حق اختيار تخصص أمراض النساء، ومن جهة أخرى يمكن الحصول على دبلوم أمراض العيون بعد اجتياز التخصص فيها لمدة ستة أشهر. وفى عام ١٩٣٠ بدأ معهد الطب الاستوائى فى منح شهادة دبلوم فى مجال الصحة العامة والطب الاستوائى .

وهكذا أصبح الهيكل التعليمى الطبى مؤهلا لتخريج أطباء يتساوون فى درجاتهم العلمية مع نظرائهم بالخارج، ويضاف إلى ذلك البعثات الطلابية إلى أوروبا فى المجالات المتخصصة، حيث يدمجون مباشرة فور عودتهم فى السلك التعليمى بكلية الطب(٥٤).

إن تأسيس البنية التحتية للطب من كلية ومستشفى، إنما يأتى ليؤكد على النجاح الأكاديمى بعدما تحقق النجاح لمهنة الطب ذاتها.

حتى ١٩٢٠ تظل كلية الطب تحتل المبانى القديمة نفسها لمدرسة الطب، ولكن سرعان ما تظهر صعوبات فى الإمكانيات الاستيعابية، نظرًا لتزايد عدد الطلاب، وتخلف التجهيزات عن مواكبة التطور والحداثة التى تنتمى إليها مهنة الطب المحترمة.

يتم وضع أول حجر أساس لمبنى الكلية الجديدة فى ديسمبر ١٩٢٨، أثناء انعقاد المؤتمر الدولى للطب الصحى، إلا أنه نظرا لضيق الإمكانيات المالية، يقتصر الأمر على توسيع وتجديد المبانى القديمة.

وفى المقابل لا يستوعب مستشفى قصر العينى ــ المقام بإحدى القصور القديمة للقرن الخامس عشر ــ الأعداد الوافدة عليه، ولم تكن بعض التجديدات والتوسعات لتفى بمعالجة المشكلة، وعليه نشهد المشروع الأول لبناء مستشفى جديد عام ١٩٢٣[٥٥]، غير أنه سرعان ما يحجب بسبب الظروف المالية والسياسية التى كانت تواجهها البلاد، ثم يظهر هذا المشروع مجددًا على السطح عندما يتولى "على إبراهيم" منصب عميد كلية الطب عام ١٩٢٩، ويتم بناء المرحلة الأولى عام ١٩٣٦. يعتبر هذا المشروع هدفًا كبيرا بالنسبة للصفوة الطبية المصرية، التى تضع فيه طموحاتها وآمالها، إذ يجمع خيرة العاملين فى مجال الهندسة والمعدات الطبية، فيعد لتصل قدرته الاستيعابية إلى ٢٠٠٠ سرير، مما يجعله من أكبر مستشفيات العالم، وتوفر له كل الإمكانيات ليصبح بحق مؤسسة من الدرجة الأولى[٥٦]. يحتوى قسم العيادات الخارجية، وهو من الأقسام الأولى التى تم تنفيذها، على حوالى مائة صالة معدة لاستقبال ٤٠٠٠ مريض يوميا، ويجمع القسم الاستشفائى عشرات من الوحدات المتخصصة فى الفروع الطبية المختلفة، فبالرغم من عدم الاعتراف بمنطق التخصص بعد، إلا أننا نجد عددًا كافيًا من المتخصصين ليتولوا الإدارة الفعلية على أرض الواقع.

وهكذا أصبح هناك مثلث "الكلية"– "المستشفى" ــ "الجمعية الطبية المصرية"، لتزدهر به المهنة، ويمارس من خلاله الأطباء هذه المهنة ذائعة الصيت.

توطيد مهنة

الصفوة الطبية

قطاع من البرجوازية الكبيرة

من الواضح أن الشخصيات الرائدة ــ أمثال "محمد درى باشا" أو "محمد البقلى" ــ التى تشكل الصفوة الطبية المصرية للقرن التاسع عشر، قد استفادت

بالفعل من ممارسة هذه المهنة الجديدة فى الصعود الاجتماعى السريع، خاصة وأن أغلبهم ينتمى إلى الطبقات الاجتماعية الأقل حظا فى المجتمع. فمن خلال عملهم الذى يجمع بين المسار الأكاديمى والتعامل مع الجمهور، أصبحوا يعيشون حياة برجوازية مرتبطة بالقيم الحديثة القادمة من الغرب، هذا الارتباط بالغرب الذى ساهم فى تكوينهم خلال فترة دراستهم بالخارج، وهذه القيم التى أصبحت تنتشر بين الطبقات الحاكمة وحتى عند الأعيان التقليديين.

يعتبر "عيسى حمدى باشا" نموذجًا واضحًا للانتماء إلى البرجوازية بفضل اشتغاله لسنوات طويلة فى مهنة الطب. فقد ولد عام ١٨٤٢ فى أسرة متواضعة بالدلتا، وحين بلغ الرابعة عشرة من عمره التحق بالمستشفى العسكرى فى الإسكندرية للتدريب كممرض، وكان يتقاضى حينئذ ١٥٠ قرشًا كراتب شهرى، واستطاع أن يلفت نظر "د. محمود فوزى" ــ أحد أكبر الجراحين فى ذلك الوقت ــ مما سمح له بدخول مدرسة الطب بالقاهرة، ليحصل على الدبلوم عام ١٨٦٥، ثم يرسل فى العام التالى فى بعثة إلى باريس ليعود عام ١٨٧٤ وهو يحمل شهادة الدكتوراه، وخبيرا فى الطب العسكرى بعد خدمته بالجيش الفرنسى خلال حرب ١٨٧٠، ومن ثم يحصل مثل معظم العائدين من البعثات على منصب أستاذ فى مدرسة الطب، ثم يتدرج سريعًا فى السلم الأكاديمى حتى يصبح مدير تلك المدرسة عام ١٨٨٠، علاوة على أنه أصبح الطبيب الخاص للأسرة الخديوية، ثم يدخل مجلس الوزراء عام ١٨٨٦، وعند تأسيس الجمعية الطبية المصرية عام ١٩٢٠ يدعونه ليكون أول رئيس لها، وهو آخر من حمل لقب "شيخ الأطباء"، إذ يقوم "على إبراهيم" ــ خليفته ــ باستخدام المصطلحات الحديثة سواء لتحديد الوظائف المعنوية أو الأكاديمية.

وكان "د. عيسى حمدى" قد أهدى مكتبته القيمة إلى المكتبة الملكية قبيل وفاته عام ١٩٢٤، تلك المكتبة التى أصبحت فيما بعد "دار الكتب"[٥٧]، ويذكر له تمويله لبناء أحد المساجد فى بلدته، وتأسيس إحدى المكتبات، وإقامة سبيل للفقراء،

كما أنه أهدى فى وصيته منزلا محاطًا بثلاثين فدانًا للأعمال الخيرية بمنطقة هليوبوليس، بالإضافة إلى إهدائه ٤٠٠ فدان لبناء مستشفى عام للفقراء(٥٨) فى إحدى مدن الدلتا. وبوجه عام فقد استطاع "عيسى حمدى" أن يراكم ثروة كبيرة خلال رحلته المهنية، وضعها فى العقارات والأراضى.

أما الأجيال الطبية اللاحقة للدكتور "عيسى حمدى" فقد كانت تنحدر من أصول مرفهة، مثل "د. نجيب محفوظ" وهو من عائلة تجار ميسورى الحال، و "د. على إبراهيم" الذى ينتمى إلى أسرة ثرية بالإسكندرية تنتمى إلى أصول تركية، وجميعهم استطاعوا أن يجمعوا ثروة كبيرة أخذت شكل رأس مال طبى فى البداية.

كانت الفترة (١٩٢٠- ١٩٤٠) هى الفترة التى تراكمت خلالها الثروات الطبية، فنشهد فى تلك الفترة ظهور العيادات والمستشفيات الخاصة، وهكذا ينجح الدكتور "عبد الله الكاتب" ابن أحد أعيان دمنهور، الحاصل على دبلوم كلية الطب عام ١٩٢٥، فى تأسيس عيادة ذات أهمية كبيرة متنوعة الاختصاصات عام ١٩٤٦، لدرجة أنه يصعب علينا اليوم تخيل أنها ملك لشخص واحد.

إن تراكم رأس المال الطبى هذا خلال سنوات تشكيل السلك الطبى من أهم أسباب الرغبة فى نقل المهنة بممتلكاتها إلى داخل الأسرة، وهكذا ينحدر معظم الأطباء الكبار حتى يومنا هذا من تلك الإمبراطوريات الطبية، فبالرغم من بعض الجوانب السلبية التى تصاحب مفهوم التوريث الطبى،إلا أن عددًا من هؤلاء الأطباء الجدد حققوا بالفعل نجاحًا مهنيا ليس فقط بسبب انتماءاتهم الأسرية، بل بفضل قدراتهم الشخصية.

كما أن المصاهرة داخل الوسط الطبى من العادات المنتشرة بين هذه الصفوة، وذلك بغرض الحفاظ على الثروات المتراكمة، فإذا كان زواج الأطباء من زميلاتهم أصبح متاحًا منذ ١٩٤٠، فإن تزويج الأطباء لبناتهم من أطباء آخرين كان قد بدأ من قبل، فأسرة "عبد الخالق" تعد نموذجًا جيدًا لهذه المصاهرات التى

تسفر عن تكوين إمبراطوريات كبيرة، وتؤدى إلى التنقل بين التخصصات الطبية المرموقة، لم يترك "محمد خليل عبد الخالق" ــ أحد الرواد المصريين فى علم الجراثيم ــ إلا أعماله خلفًا له، لكن فى المقابل سافر شقيقه الأصغر "أحمد" ضمن إحدى البعثات إلى إنجلترا عام ١٩٢٥ ليتخصص فى طب الأطفال، ولدى عودته حصل على منصب أستاذ فى الكلية بالقاهرة، حيث أنشأ أول قسم لطب الأطفال، ثم يقتفى ابنه "محمد" أثر والده ليصبح هو أيضًا طبيبًا للأطفال، ويعمل فى العيادة التى ورثها عن والده، بالإضافة إلى عمله أستاذًا بكلية الطب، أما إحدى بنات الدكتور "أحمد عبد الخالق" فمتزوجة من الجراح المعروف "إبراهيم بدران"، الذى رأس العديد من المناصب المرموقة، ومن بينها منصب وزير الصحة، كما أنه يرأس حاليًا الجمعية الطبية العالمية، علاوة على امتلاكه مستشفى تحمل اسمه، أما أحمد ولده فهو طبيب أيضًا.

لا تقتصر هذه الثروة على المجال الطبى فقط، بل إنها تندمج فى إطار قوانين البرجوازية المصرية، إذ يمتلك كل من "نجيب محفوظ " و"على إبراهيم" فيلا فى جاردن سيتى "سكن أثرياء تلك المرحلة"، وتعتبر منطقة عابدين أيضًا من الأحياء المتميزة لقربها من قصر عابدين، كما تتركز العديد من العيادات الخاصة أيضًا بمنطقة وسط المدينة، الحى الحديث لمجال الأعمال، أما منطقة الدقى فتعتبر أحد مراكز تجمع العيادات الخاصة، وهذه المنطقة أنشئت فى العشرينيات والثلاثينيات من القرن العشرين، وعلاوة على ذلك لم يتوقف استثمار الأطباء فى المجال العقارى وشراء الأراضى، وعلى سبيل المثال نشير إلى "د. عبد الوهاب مورو"، الرئيس السابق لجامعة القاهرة، الذى اشترى مائة وخمسين فدانًا بالقرب من مدينة بنها شيد عليها فيلا كبيرة ليقيم بها باستثناء شهرين يمضيهما بأوروبا[٥٩].

أما للدكتور "محمد إبراهيم" ابن العمدة الذى أصبح طبيبًا متخصصا فى القلب ووالد أحد أطباء القلب أيضا، فإنه يمتلك أراضى بناء وأراضى زراعية بالقرب من بنى سويف، مسقط رأسه، بالإضافة لامتلاكه عزبة فى شبرا منت

بالقرب من القاهرة، وقد كان من الأوائل الذين أدخلوا زراعة المانجو والعنب، حيث يدعو زملاؤه من الجمعية الطبية إليها لتناول الغذاء مرة فى الشهر[٦٠].

يتلاقى أعضاء هذه الصفوة الطبية باستمرار، حيث يرتادون النوادى الاجتماعية نفسها، فيتناول "على إبراهيم" و"محمد حسين كامل" ـــ الجراح والفيلسوف ـــ طعام العشاء معًا فى نادى محمد على (أحد النوادى المرموقة)، ثم يلتقى "على إبراهيم" بعد العشاء زميله "محمد شاهين باشا" فى نادى الروتارى، وهو أول رئيس مصرى له، كما يرتادون نادى السيارات المصرى أو نادى الصيد الملكى... فهم رياضيون على الطريقة الإنجليزية... وفى هذا السياق، نشير إلى الدكتورة "عايدة رفعت"، وهى من أولى طالبات كلية الطب عام ١٩٣٩، وهى فى الوقت نفسه حفيدة "محمد فريد" الذى خلف "مصطفى كامل" فى رئاسة الحزب الوطنى، فقد أثارت "د. عايدة" الدهشة ـــ مع إحدى زميلاتها ـــ عندما لبستا لباس البحر لأول مرة كى تشاركا فى بطولة السباحة بالجامعة[٦١].

تعتبر الصفوة الطبية تعبيرًا جيدًا عن الطبقة الجديدة من البرجوازية الكبيرة، فهذه الصفوة وإن كانت لا تنتمى إلى الأعيان، إلا أنها تشكلت داخل المؤسسات الحديثة التى أسسها "محمد على" فى القرن التاسع عشر، وهى طبقة من الأثرياء المتعلمين وفى الأغلب مثقفين، وهؤلاء الأطباء يستعيرون من زملائهم البريطانيين أسلوب حياتهم وتصرفاتهم، مما يرفعهم إلى مصاف الطبقات العليا.

كل الأطباء كانوا يحملون لقب "أفندى"، والعديد منهم يحصل على لقب "بك"، والمميزون يحصلون على لقب "باشا ".

فى البداية تشكل هؤلاء الأطباء ليكونوا موظفين فى الدولة، وفى هذه المرحلة لم تنشأ علاقة متجانسة بين الأطباء والسياسة، فرجال القانون هم الذين لعبوا أدوارًا سياسية فى تلك المرحلة الليبرالية الوطنية، وهم الفئة التى نجحت فى تأكيد ذاتها مهنيا واجتماعيا بسهولة أكثر فى المجتمع، فقد ترك الأجانب الساحة فى هذه المهنة خالية أمام المصريين. وبينما كان المال هو محور الممارسة الطبية، لم

يكن بالأهمية ذاتها بالنسبة لأصحاب مهنة القانون، ومن جهة أخرى اتسمت مهنة الطب بالفعل أكثر من الخطابة، مما أدى إلى عدم بروز الأطباء على الساحة السياسية.

وعندما قام البريطانيون بإعداد قائمة بالشخصيات السياسية المهمة فى البلاد عام ١٩٣٧، لم تشر هذه القائمة إلا إلى ثلاثة أطباء فقط ضمن ١٣٢ شخصية أخرى، منهم ٦٣ من رجال القانون (تقريبا نصف القائمة)(٦٢).

فى البداية ونتيجة لعدم قدرة الأطباء على اختراق الساحة السياسية، كان ملاذهم فى الحياة الأكاديمية، حيث استطاعوا فى ظل غياب هيكل وزارى حقيقى، أن يفرضوا توجهاتهم الطبية من خلال مدرسة الطب والكلية ثم المستشفى الملحقة بها. وحتى قيام ثورة ١٩٥٢ رأس الجامعة ثلاثة من الأطباء واثنان من خريجى كلية الحقوق.

وبالرغم من عدم المشاركة المباشرة فى السلطة السياسية قبل ١٩٤٠،إلا أن الأطباء احتفظوا بصلات وثيقة مع العالم السياسى، حتى إننا نجد شخصية محورية مثل "على إبراهيم" قد رشح نفسه فى أحد الانتخابات، حيث نجح عن دائرة عابدين أثناء الدورة البرلمانية الثانية عام ١٩٢٥، ولكن سرعان ما ينحل مجلس النواب ذو الأغلبية الوفدية، فيجد "على إبراهيم" نفسه نائبًا لعشر ساعات فقط، مما يدفعه لترك الحياة السياسية، ربما بناء على مشورة أصدقائه السياسيين(٦٣). ورغم علاقة الصداقة التى جمعت بين "على إبراهيم" و"سعد زغلول"، بالإضافة لعلاقة الصداقة التى امتدت بين الأول ومصطفى النحاس منذ المدرسة الثانوية، إلا أنه مال لجانب "الأحرار الدستوريين"، عندما التقى خلال ذلك مع أحد الأطباء النادرين الذين عملوا بالسياسة فى تلك المرحلة، وهو"حافظ عفيفى" دكتور أمراض النساء والتوليد ومؤسس جمعية حماية الطفولة والمستشفى التى تحمل الاسم نفسه، فترك "الوفد" وانضم إلى "الأحرار الدستوريين"، ليصبح بعد ذلك وزيرًا للخارجية فى وزارة "محمد محمود"، ثم سفيرًا لمصر فى إنجلترا، وهو من الشخصيات المهمة التى

لعبت دورًا فى توقيع معاهدة ١٩٣٦، وأخيرًا رأس شركة مصر، أولى شركات الرأسمالية الوطنية، بالإضافة إلى كتابته لعمل يتناول القضايا الكبرى للإصلاح الاجتماعى، وبخاصة تلك المتعلقة بالصحة(٦٤).

يبدأ الارتباط النهائى بين مهنة الطب والعالم السياسى منذ إنشاء وزارة الصحة فى ١٩٣٦، فتأخذ الحياة الأكاديمية المركزية كل أبعادها منذ ذلك التاريخ وحتى يومنا هذا، حيث تمثل أولى الخطوات الأساسية لدخول الوزارة.

أطباء الأقاليم: نجاح مؤجل

تعتبر كلية الطب بالنسبة لكثير من الطلاب منفذًا للمناصب العامة، فمعظم الشخصيات الطبية المهمة فى النصف الأول من القرن العشرين نهجت هذا النهج.

فنجد "على إبراهيم" الحاصل على دبلوم الطب عام ١٩٠١، يحصل على منصب فى المستشفى العام ببنى سويف عام ١٩٠٣، ثم يعمل فى العام التالى فى إدارة مستشفى أسوان، ويرأس فى العام الذى يليه مستشفى أسيوط، ويستمر هناك حتى ١٩١٠، ومن ثم يعود إلى القاهرة ليشغل منصب جراح مساعد فى مستشفى قصر العينى. إن تقلد ممارس صغير لمثل هذه المناصب إنما يشير إلى ندرة الأطباء بسبب القيود التى كان يفرضها الإنجليز.

أما أولئك الذين لا يحالفهم الحظ فى الحصول على منصب فى إحدى المستشفيات العامة بالمدن الرئيسية (المديريات)، فكانوا يرسلون إلى المراكز ليرأسوا مكاتب الصحة وحدهم، وبسبب نقص الهياكل الإدارية فى المجال الصحى بالمستويات الدنيا "القرى ـ النجوع"، يجد هؤلاء الأطباء أنفسهم فى مواجهة مع العديد من المشاكل الصحية ـ كرعاية أعداد غفيرة من الجمهور ـ فيغرقون فى سيل من الأعمال الإدارية والرقابة الصحية، وعلى سبيل المثال عندما قام أحد

هؤلاء الأطباء العاملين فى المراكز بإحصاء عدد المهام المنوطة به، جاءت "ممارسة المهنة" فى المركز السابع عشر(٦٥).

جدير بالإشارة إلى انه بالرغم من تعدد هذه المهمات وتعقيداتها، أنها لم تكن تقدر حق تقديرها، سواء على المستوى المادى أو المعنوى، فهناك قيود شديدة الصرامة والبطء مفروضة على سقف الأجور والترقى، ففى بداية سنة ١٩٢٠ كان خريج مدرسة الطب يحصل على أجر يتراوح بين ١٢ و ١٤ جنيهًا فى الشهر، وعندما يصبح طبيب مركز يحصل على ٢٠ جنيهًا، وعندما يترقى إلى الدرجة الثالثة كمفتش صحة بالمديرية يحصل على ٢٦ جنيهًا مصريا. وعلى الرغم من أن هذه الأرقام عالية بالنسبة لما يتقاضاه الممرض الذى يحصل فى المتوسط على ٥ جنيهات، إلا أنها تظل متواضعة جدا إذا ما قورنت بالتراكم المالى لبعض الأطباء الآخرين. لقد كان يفترض المكوث فى الدرجة الوظيفية لمدة سنتين على الأقل قبل الانتقال إلى الدرجة الأعلى، وبالتالى يحتاج الطبيب إلى عمره المهنى بأكمله للوصول إلى قمة الهرم الوظيفى، هذا علاوة على المشكلات الأخرى التى تواجه الوظيفة العامة، ومنها ندرة التقدم لهذه الوظائف وكثرة الخروج منها، فينتهى الأمر بحصر الوظائف العامة فى إطار الأطباء الأقل حظا وثراء.

فى عام ١٩٢٠ وافق مجلس الوزراء على خرق القواعد العامة، بقبول طبيب غير حاصل على الشهادة الثانوية المصرية فى منصب طبيب بالدرجة الرابعة (الكادر الأدنى)، وتم تبرير ذلك بنقص الأطباء الحاصلين على الشهادات المطلوبة والذين يقبلون بالتوظيف فى إدارة الصحة العامة. فعندما نشرت الإدارة إعلانًا بوجود ٢٠ وظيفة خالية، مر شهر دون أن يتقدم أحد لشغلها، سوى واحدة منها فقط(٦٦)، ولنفس هذه الأسباب لجأت الإدارة فى العام التالى إلى قبول متقدمين غير حاصلين على الشهادات المطلوبة(٦٧).

إن الشروط الممنوحة لأطباء الوظائف العامة غير مغرية، ليس فقط على المستوى المادى بل على المستوى المعنوى أيضا، فلم ينجح الطب العام فى كسب

الاحترام الاجتماعى المرجو، فى حين نجح فى اكتسابه من خلال النموذج الليبرالى، إذ لم يشعر هؤلاء الأطباء أنهم قد حققوا النجاحات التى وصل إليها زملاؤهم من القانونيين أو المهندسين، فطالما عقدوا المقارنات التى جاءت دائما مخيبة لآمالهم وطموحاتهم، بالرغم من حجم العمل الذين يقومون به والمسئوليات الجسيمة التى يحملونها(٦٨).

حصل الأطباء العاملون فى المستشفيات الحكومية عام ١٩١٩ فقط على امتياز ركوب القطار بالدرجة الأولى أثناء تنقلاتهم لأداء عملهم، ولم يحصل أطباء المركز على هذا الامتياز، مما أثار غضب مسئولى إدارة الصحة العامة، فأشاروا فى العريضة التى أرسلوها إلى مجلس الوزراء: "إنه ليس من اللائق عندما يسافرون مع زملائهم من ممثلى النيابة لإجراء تشريح فى إحدى القضايا، أن يسافروا بالقطار فى درجات مختلفة، بالرغم من أنهم جميعًا من الدرجة نفسها الوظيفية والاجتماعية، بل إن الأطباء بالفعل حاصلون على شهادات عليا لا تقل عن شهادات زملائهم القانونيين. وفى المقابل ليس من اللائق أيضًا أن يسافر هؤلاء الأطباء فى الدرجة نفسها التى يسافر فيها من هم أقل منهم فى الهيكل الإدارى، مثل القائمين على تطهير المرافق". وأخيرًا تشير العريضة إلى أن: "الاستثناء الذى أعطى للأطباء العاملين فى المستشفيات العامة إنما كان لمنحهم الاحترام اللازم وهو الاحترام الذى يجب أن يمنح أيضا لأطباء المركز"(٦٩).

وإذا ما نظرنا خارج الجانب الفكاهى لهذه القصة، فنحن أمام محاولة لإعادة الهيبة لهذه المهنة، والتعامل معها بالاحترام الواجب مثلها مثل المهن الأخرى الحاصلة على الاعتراف الاجتماعى، لكن يظل العمل الحر هو الذى يحقق العائد المالى الأكبر، ويمنح الاحترام الاجتماعى من خلال سلسلة العلاقات الاجتماعية التى تصاغ عبر ممارسة المهنة، وذلك يتحقق فى المقام الأول داخل العاصمة والمدن الكبرى، ويقل فى الأقاليم والقرى، مما يدفع الأطباء دفعًا إلى الهروب منها نظرًا للأعباء الجسيمة الملقاة على عاتقهم، والعائد الهزيل الذى يخرجون به.

نستطيع القول إن المحاولات الأولى لإيجاد ما يعرف بإخضاع المجتمع المصرى للمفهوم الطبى، والذى ارتبطت ارتباطًا وثيقًا بحركة الإصلاح الاجتماعى، قد جذبت الأطباء المصريين للعمل تحت لوائها، فالمطالبة بتعميم الرعاية الصحية كانت امتدادًا طبيعيا للأعمال العلمية التى يقوم بها الأطباء منذ نهاية الحرب العالمية الأولى، وهى بمثابة ضمان إعادة إنتاج ذاتهم فى مجتمع غير قادر فى مجمله. يصطدم هذا الاتجاه فى الواقع بمنطق منافس يحصر مهنة الطب فى فلك المكاسب المالية والمعنوية عبر الممارسة الليبرالية، فبرغم ثقل وأهمية الوظيفة العامة، إلا أن هذه المهنة التى تتمتع بميزة الممارسة الخاصة، تجد نفسها طرفًا متداخلا فى حركة تحديد الأجور فى ظل ثورة ١٩٥٢.

الهوامش

(1) Hourani Albert, Arabic Thought in the Liberal age, 1798-1939, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

(2) Définition empruntée à Alain Roussillon, «Savoirs réformistes et politique en Égypte au tournant des années 1940», Genéses, n° 5, septembre 1991,p.57, note 7.

(٣) JAME العدد ٣، مارس ١٩٢٧ ص ٢٦

(٤) المصور عدد ٢٨ ديسمبر ١٩٢٨ ص ١٨-١٩

(5) Norbert Elias, La civilisation des mæurs, Paris, Calman-Lévy, 1973.

(6) M. Khalîl, "The Treatment of schistosomiasis by intramuscular Injection of «Fouadin» A new Antinomy Compund", JAME, n° 8, octobre 1929

(٧) د. على فؤاد بك "الوقاية من مرض السل فى مصر". JAME العدد ٨ أغسطس ١٩٣٠ ص ٤٩٨-٥١٧.

(٨) العدد ٥، مايو ١٩٢٧ ص ٣٩٣

(9) Alain Roussillon, art. cit., p. 58

(١٠) JAME العدد ٢، فبراير ١٩٤٥ عدد خاص عن د. الوكيل ص ٥٧.

(١١) JAME العدد ١٢، ديسمبر ١٩٣٣، ص ١١٢٠

(١٢) JAME العدد ١٠، أكتوبر ١٩٣٣ ص ١٠١٧

(13) 13. R. Mitchell, The Society of the Muslim Brothers, Oxford University Press, London 1969, p. 289-290.

(14) Cité dans S. Jagailloux, La médicalisation de l'Égypte au xix[e] siècle, op. cit., p. 143.

(١٥) JAME العدد ٥، مايو ص ٣٩١

(١٦) تقرير عن أعمال إدارة الصحة العامة من ١٩٢٣ إلى ١٩٢٩. JAME العدد ١ يناير ١٩٣١ ص ٦٦.

(17) M. Volait, Architectes et architectures de l'Égypte moderne, thése citée, p. 541

(١٨) مقالة افتتاحية فى JAME عدد ٤ ابريل ١٩٣٣.

(١٩) دار المحفوظات المصرية ومجلس الوزراء ووزارة الداخلية وشئون العاملين صندوق رقم w/2/6

(٢٠) خطاب "على إبراهيم" فى الجمعية العمومية لمجلة الجمعية الطبية المصرية JAME فى ١٨ يناير ١٩٢٤ والتى أعيد نشرها فى نفس المجلة بالعدد ٢، مارس ١٩٢٤ ص ١٢٣-١٢٧.

(٢١) مجلة الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٣، مارس ١٩٢٧ ص ٨٢

(٢٢) د. الوكيل "البلاد فى حاجة إلى تحسين خطتها الطبية والصحية" مجلة الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٦، يونيو ١٩٤٠ ص ٤٥١

(٢٣) د. أحمد القاضى "أطباء تحت التدريب فى دسوق" "العلاج الإجبارى" الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٥، مايو ١٩٣٥ ص ١٨٩

(24) Ibid.. p. 189.

(25) A. Roussillon, art. cit., p. 71.

(26) Mercedes Volait. L'architecture moderne en Égypte et la revue al-'Imara, 1939-1959. Le Caire, CEDEJ, 1987.

(٢٧) يجب أن نذكر أن المخاوف من الانفجار السكاني والجدل حول تنظيم الأسرة من القضايا المثارة خلال هذه السنوات.

(٢٨) فى هذه المرحلة لم يكن هناك إلا ثماني قرى فقط بها نظام للصرف الصحى.

(٢٩) محمود شاكر أحمد بك سكرتير الوزارة المختص بالمعدات والتجهيزات العامة "مشروع وزارة الصحة العامة من أجل إصلاح القرية المصرية ورفع المستوى الصحى والاجتماعى للفلاح" الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٢ فبراير ١٩٣٧ ص ٧٣-١٠٠

(30) Ibid.. p. 92.

(31) Excavations qui se sont créées par prélèvement de terre pour fabriquer des briques, constituer des digues... et qui se sont remplies d'eau.

(32) Ibid., p. 74-75

(٣٣) هذا المبلغ كان يساوى أجر محترم، يفوق قليلا ما كان يحصل عليه الموظف فى الوظائف العامة.

(٣٤) عقدت ال SDN سلسلة من المؤتمرات حول إصلاح القرى والتى تم تقدير وجود طبيب واحد لكل ٢٠٠٠ نسمة مما اعتبر نسبة جيدة.

(35) Wendell Cleland, "Comments on the Plan for medical Services in the villages as proposed by Dr. M. Khalîl Bey", JAME, n° 4, avril 1934, p. 359

(٣٦) د. عبد الشافى محمد "التطور الصحى اللازم للقرية المصرية" الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٤ أبريل ١٩٣٧، ص ٢٤٩-٢٦٤.

(٣٧) محمود شاكر بك الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٢ فبراير ١٩٣٧.

(٣٨) د. الوكيل "التجهيزات العامة فى القرى المصرية" الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٢ فبراير ١٩٣٧ ص ١٢٩-١٤٨.

(39) Dr 'Abd al-Wâhid al-Wakîl: "A Sanitary Review of the Egyptian Village. Its Present and Future", JAME, n° 11, novembre 1934.

(40) Ibid., p. 879.

(٤١) محمود شاكر أحمد بك سكرتير الوزارة المختص بالمعدات والتجهيزات العامة الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٢ فبراير ١٩٣٧ ص ٧٣-١٠٠.

(42) M. Foucault, Naissance de la clinique, Paris, PUF, 1988, p. 32.

(43) Judith Cochran, Education in Egypt, Croom Helm, London, 1986, p.16

(44) J. Jomier, «Écoles et universités dans l'Égypte actuelle», MIDEO n° 2, 1955, p. 140.

(45) B. Williamson, Education and Social Change in Egypt and Turkey. A study in historical sociology, London, Macmillan Press, 1987, P. 107.

(٤٦) إحصائيات عن المدارس من قبل وزارة المعارف عن المدارس عام ١٩٣٠.

(47) S. Jagailloux, op. cit., p. 112

(٤٨) تقويم جامعة القاهرة ١٩٥٤-١٩٥٥. القاهرة مطابع الجامعة ١٩٥٥.

(٤٩) الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ١٢ ديسمبر ص ٧١٣-٧٢١

(50) Ibid., p. 714.

(51) Ibid., p. 715.

(٥٢) نجيب محفوظ "تاريخ التعليم الطبى فى مصر" القاهرة، نشر حكومى١٩٣٥ ص ٦٦

(53) Ibid.. p. 66.

(٥٤) الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٤ أبريل ١٩٢٨ ص XI.

(٥٥) الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٤ أبريل ١٩٢٣،ص ٢٩٣-٢٩٧

(٥٦) الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٦ يونيو ١٩٣٥ ص ٦٤١

(٥٧) دار الكتب المصرية

(٥٨) تكريم عيسى حمدى باشا. الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٧ سبتمبر ١٩٢٤ ص ٤٣٧-٤٤٦.

(٥٩) صلاح جلال "أطباء مصر كما عرفتهم" القاهرة مؤسسة الأهرام ١٩٨٩ ص ١٥٨.

(60) Ibid., p. 50

(٦١) مجلة أكتوبر العدد ٥٥٧، ٢٨ يونيو ١٩٨٧ ص ١٩

(62) Cité par Donald M. Reid, "Educational and Career Choices of Egyptian Students, 1882-1922", International Journal of Middle East Studies, n° 8, 1977, p. 364.

(٦٣) د. محمود محمد الجوادى "الدكتور على إبراهيم، أعلام العرب"

GEBO 1986 p.38

(٦٤) حافظ عفيفى "على هامش السياسة" القاهرة مطبعة الكتب المصرية ١٩٣٨.

(٦٥) الجمعية الطبية المصرية JAME العدد ٦ يونيو ١٩٢٣ ص ٤٤٠-٤٤١.

(٦٦) دار المحفوظات المصرية ومجلس الوزراء ووزارة الداخليـة وشـئون العـاملين صندوق z/2/6.

(٦٧) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(٦٨) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(٦٩) دار المحفوظات المصرية ومجلس الوزراء ووزارة الداخليـة وشـئون العـاملين صندوق z/2/6

(٧٠) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

(٧١) دار المحفوظات المصرية صندوق z/2/6

الفصل السادس

فتح مجال الممارسة
زمن انتهاء الأوهام

انحاز أطباء فى النصف الأول من القرن العشرين إلى جانب العلم على حساب الفعل، إذ فضلوا جانب تراكم الخبرات العلمية على العمل فى المواقع المختلفة، وجاءت الثورة المصرية لتوفر الغطاء الطبى للمجتمع بأسره، ولكن ذلك كان على حساب السلك الطبى الذى تم تسخيره لخدمة المجتمع، ليهمل بذلك اهتماماته العلمية الصرفة، وجاءت مرحلة ما بعد الثورة لتحطم الصورة المهيمنة للطبيب فى اتجاه الإعلاء من دوره المزدوج.

دور جديد للأطباء
الصحة حق للجميع

كان هناك دائمًا فى المجتمع المصرى تواجد متوازٍ بين القطاع الصحى العام والقطاع الصحى الخاص الأكثر وضوحًا وهيبة، هذان القطاعان اللذان طالما تنقل الأطباء بينهما طوال ممارستهم للمهنة.

تضفى أيديولوجية الثورة المصرية ١٩٥٢ بعدًا جديدًا على دور الدولة فى المجال الصحى ورعاية المرضى، إذ ارتكزت الدولة القومية الجديدة، الممثلة

بالآمال والطموحات، على نموذج اقتصادى موجه لتلبية مجمل احتياجات الشعب، بما فى ذلك خدمات الصحة والتعليم. وتؤكد الفقرتان ١٦ و ١٧ من الدستور المصرى دور الدولة فى توفير الخدمات الثقافية والاجتماعية والطبية اللازمة للمواطنين، وهى المبادئ التى أعيد تأكيدها فى الميثاق الوطنى عام ١٩٦٢، والتى أشارت إلى الخيار الاشتراكى من أجل النهوض بمصر[١]، وهكذا يطفو شعار الحق فى الرعاية الصحية لكل أفراد المجتمع.

استتبع هذا التغيير فى الاتجاه تغيير التزامات الدولة، إذ ترجع للدولة وحدها مهمة توفير الهياكل اللازمة لتوفير رعاية صحية شاملة وعادلة للجميع، ومن ثم تتم ترقية أعضاء السلك الطبى إلى مصاف العاملين المميزين القائمين على رسم سياسات التحديث الوطنى، والتسامى على مفهوم الفردية فى ممارسة الطب ــ أو ما يعرف بالطب الخاص ــ إذ يجب أن يخضع الأطباء خبراتهم لخدمة الأهداف التى رسمتها الدولة.

هذا الدور الجديد الملقى على عاتق الأطباء، والذى يهدف إلى جعلهم أدوات فى خدمة السياسات الاجتماعية للدولة، سرعان ما تنافر مع مصالح مهنة تهتم بوضعها الاجتماعى، وبالمميزات المادية المرتبطة بها، والقائمة على الحرفة الفردية والعلاقات مع العملاء من المرضى. وهكذا سرعان ما اصطدمت المهنة الطبية مع النظام السياسى الجديد، وأصبحت نقابة الأطباء ــ التى تأسست فى ١٩٤٠ ــ أرض المواجهات بينهما، وأصبحت مسرحًا للأحداث السياسية. فبعد أن كانت "الجمعية الطبية المصرية" مكانًا خالصًا للأطباء، باتت النقابة هى الهيكل السياسى الذى يسمح بدخول آخرين إلى موقع الأحداث.

قام النظام السياسى الجديد منذ ١٩٥٣ بإصدار مجلة جديدة باسم "الأطباء"، أصبحت بمثابة المتحدث الرسمى باسم نقابة الأطباء، وكان الهدف منها هو التحدث باسم أطباء الأقاليم فى مواجهة صفوة الأطباء الذين يمثلون برجوازية النظام القديم،

وكان الهدف من تصعيد الأطباء المغمورين إلى الصفوف الأولى هـو احتـواؤهم لصالح النظام السياسى الجديد.

ظل "د. النبوى المهندس" رئيس تحرير هذه المجلة لفتـرة زمنيـة طويلـة، الوجه الناصرى فى النقابة، وأصبح فيما بعد وزيرًا للصحة لمدة طويلة، بالإضـافة إلى كونه صاحب مشروع تطبيق شبكة الرعاية الصحية فى الأرياف بداية ١٩٦٠.

كانت النقابات المهنية من مؤسسات النظام القديم النادرة التـى سـمح لهـا بالاستمرار فى التواجد فى ظل النظام الجديد، وقد تم استثمارها من قبـل أنـصار الثورة، فشغل الدكتور "محمد محمود نصار" موقع نقيب الأطباء، بينمـا هـو فـى الوقت نفسه طبيب عسكرى قريب من عبد الناصر. غير أن محاولات السيطرة تلك ووجهت بمعارضة لاقت بعض النجاحات، خاصة عندما استفاد الأطباء مـن دعـم "نور الدين طراف"، وزير الصحة من ١٩٥٢ حتى ١٩٥٧، وأحد الوجوه النـادرة للنظام البرجوازى القديم الذى استمر فى خدمة الحكومة، وصاحب المشروع الطبى فى الأرياف المستوحى من الدراسات التى تمت خلال حقبة الإصلاح الاجتمـاعى. وقد نجحت هذه المعارضة عام ١٩٥٩ فى منع إعادة انتخـاب "محمـود نـصار" بدعوى أنه يجمع بشكل غير قانونى بين منصبى نقيب الأطباء ووزير الصحة(٢).

تزايد الضغط على النقابة فى الستينيات من القرن العـشرين، خاصـة مـع تحول النظام السياسى إلى النظام الاشتراكى وإنشاء الاتحاد الاشـتراكى العربـى، فأصبحت النقابة ملعبًا للصراع بين الدولة ومهنة الطب، حيث تريد الأولى فـرض نظام صحى اشتراكى على الأطباء، وبذلك يخسرون تمامًا إمكانية العمل الخـاص. ومرة أخرى ينجح الأطباء فى الصمود والتوصل إلى حل وسط، فيوافقـون علـى فرض الدولة لرقابتها على العمل الخاص، دون الالتزام بالمـشاركة فـى برنـامج صحى قومى.

ينجح الاتحاد الاشتراكى العربى فى تطويق النقابات المهنية، فتغدو هياكـل

ضعيفة لتدخل منعطف السبعينيات وهى على هذه الحالـــة، وخـــلال تلــك الفتــرة استطاع الأطباء ــ على عكس الكثير من الجماعات الأخرى ـــ إظهــار بعــض المقاومة بهدف الحفاظ على استقلالية النقابة وتأثيرها على النظام الصحى المتبـــع، وكان مكمن قوة الأطباء يعود إلى صورة الطبيب المحترم، التى لم ينجح نظام عبد الناصر فى تبديلها تمامًا. ولكن بالرغم من كل شىء، أصبح الأطباء فى غـــالبيتهم مدعوين للمشاركة فى النظام الصحى المجانى العام الذى فرضته الدولة، وهو نظام تطلب الإعداد له جهدًا كبيرًا، لمواجهة توسيع وتعميم الخدمات الطبية، بينما عـــدد الممارسين لا يتجاوز ١٧٠٠٠ عام ١٩٦٣.

إنتاج بالجملة

تطور النظام التعليمى الجامعى بشكل كبير منذ ثـــورة ١٩٥٢، فقـــد هـــدف النظام آنئذ إلى تكوين نخبة وطنية، تحمل شعلة تغيير المجتمع تحت لواء الدولـــة، وتوفير قنوات الترقى الاجتماعى المشروع لأكبر عدد من الأفراد، فمنذ عام ١٩٦٢ أصبح التعليم العالى مجانيا، وبعد ذلك بسنتين شرع قانون يلزم الدولة بتشغيل كـــل الحاصلين على شهادات فى المؤسسات العامة، ليدعموا بذلك صورة الوظيفة العامة أمام الأجيال الجديدة المتعلمة الباحثة عن الاستقرار.

دفع هذا البرنامج الدولة إلى التوسع فى الهياكـــل الجامعيـــة، التـــى كانـــت محصورة فى ثلاث مؤسسات عام ١٩٥٢، فظهرت نتيجة لذلك جامعة أسيوط إلـــى النور عام ١٩٥٧، تبعتها العشرات من الجامعات الأخرى فـــى المـــدن الكبـــرى، وهكذا تزايدت أعداد كليات الطب من ثلاث عام ١٩٥٢ إلى اثنتـــى عـــشرة كليـــة اليوم، وارتفع أيضًا عدد الطلاب كثيرا خلال تلك السنوات، حيث ضمت الكليـــات الثلاث فى العام الدراسى (١٩٥٩/١٩٦٠) ٣١٢٥ طالبًا، وارتفع هذا العـــدد إلـــى ١٣٣٧٩ طالبًا فى العام الدراسى ١٩٦٣/٦٤ موزعين على أربع كليات، وأصـــبح

الالتحاق بالجامعة متاحًا لأبناء الطبقة الوسطى والتجار وأصحاب الملكيات الزراعية الصغيرة، وهى أكثر الفئات دعما للنظام الجديد.

نتج عن السياسة الناصرية، التى جعلت التعليم على رأس أولوياتها، تنوع فى طيف المهن الفكرية/الثقافية، إلا أنها أدت فى النهاية إلى ظهور خلل واضح بين عدد الحاصلين على الشهادات العليا وبين القدرة الاستيعابية للبنية التحتية الصناعية والاجتماعية فى البلاد.

لقد فاقت هذه الزيادة الكبيرة القدرات الاستيعابية للنظام الجامعى، مما أدى إلى تدهور مستوى التعليم، فشهدت الجامعات منذ عام ١٩٧٠ تكدسًا كبيرًا فى المدرجات ونقصًا فى المعدات[٣]، حيث أصبح هناك ثلاثة أضعاف ما يمكن استيعابه فعليا، وتأثر طلاب الكليات العلمية أكثر من غيرهم، نظرًا لاستحالة متابعة المحاضرات العملية فى مثل هذه الظروف، فأصبح هناك منظار واحد فى المعمل لكل حوالى خمسين طالبا، والجثة الواحدة فى درس التشريح يتجمع حولها حوالى خمسين طالبًا، بالإضافة إلى عدم كفاية المستشفيات التى يتدرب بها الطلاب، ونقص عدد الأسرة، وزيادة عدد الأطباء المتدربين عن المرضى الذين يتم التدريب عليهم، حتى إن هؤلاء المرضى أصبحوا يطلبون أجرًا نظير التدريب العملى عليهم.

ونتيجة لذلك لجأ الطلاب إلى الدروس الخصوصية للنجاح فى الامتحانات، مما جعل هذه الدروس تشكل نظامًا مؤسسيا ذا عائد مالى مهم بالنسبة للأساتذة مقارنة بالرواتب التى يتقاضونها من الجامعة، وأدى ذلك إلى جعلهم أكثر حماسًا لهذه الوظيفة الخاصة. مثل هذا النظام التعليمى المزدوج خلق مستويين من الطلاب: الطلاب القادرين الذين يستطيعون سد الفجوات العلمية بفضل تلك الدروس الخصوصية، والاطلاع على الكتب باهظة الثمن، والالتحاق بالدراسة فى الخارج، والطلاب غير القادرين الذين يحصلون على مستوى علمى ضعيف، مما يجعلهم أطباء غير واثقين بأنفسهم عرضة لأخطاء التشخيص. وتتضح الفروق

أيضًا حين نقارن بين الجامعات الكبرى ـ القاهرة والإسكندرية ـ حيث يتخرج فيها طلاب جيدى المستوى بصفة عامة، وبين جامعات الأقاليم ذات الكفاءات العلمية الأقل مستوى، والتى أنشئت مؤخرًا بدون مخصصات مالية كافية.

بالإضافة إلى أن هؤلاء الخريجين الجدد لا يحصلون على فترة تدريب كافية تؤهلهم ليصبحوا أطباء أكفاء، بل مجرد موظفى صحة.

كل هذه العوامل بالإضافة إلى جذورهم الاجتماعية المتواضعة، تؤدى إلى قبولهم للوظيفة العامة، وتولد لديهم إحساسًا بالهوة الكبيرة، خاصة مع وجود نماذج مهنية مسيطرة ومهيمنة فى الأوساط الاجتماعية، نماذج يفرزها الطب الخاص.

الطب مهنة ذات قطبين

نموذج لمهنة مثالية وصولا إلى الواقع العملى

مهنة الطب مهنة مهيبة، وتمثل على مستوى العالم نموذجًا للنجاح الجامعى والاجتماعى، فهذه المهنة تختص ببعض الخصائص المميزة، فبالإضافة إلى أنها محاطة بهالة من الأساطير تجعل منها بالفعل نموذجًا للمهن المستقرة الراسخة، تتميز أيضا عن بقية المهن بمشاركة أعضائها فى لقب "دكتور"، هذا اللقب الذى يضفى على حامله صورة معرفية شديدة الخصوصية، كما أن هذه المعرفة استطاعت رويدًا رويدًا أن تهيمن على بقية المعارف العلاجية الأخرى، بل إنها أصبحت اليوم المتحدث الرسمى الأوحد لتعريف ماهية الصحة والمرض والعلاج"[٤]، ومن جهة أخرى استطاعت بالاتفاق مع الدولة أن تحتفظ باستقلالها الذاتى، من خلال مؤسساتها وقواعدها الخاصة، كل هذه الخصائص عزلت هذه المهنة عن بقية الدوائر، مما أضفى على العاملين فيها غموضًا، وأكسبهم احترامًا.

كما أن لهذه المهنة طبيعة فريدة، فهى تتعامل مع الحياة والموت وعلاج

الجسد، أى تتطلب كسر المخاوف المتوارثة، والكشف عن أسرار الحياة، ومحاولة كسب مزيد من الوقت فى مواجهة الموت. فالطبيب يتعامل مع قلب الأشياء ومع رغبات ومخاوف كل فرد، وكل ذلك من الصفات المبهرة الأخاذة. وأخيرا يعتبر الطب مهنة إنسانية نبيلة، بل إنه ارتبط بالمفهوم الكهنوتى، كل هذا وضع مهنة الطب موضع التقدير من قبل الرأى العام.

ويضاف إلى كل ما تقدم ارتباط المهنة بالعائد المادى الكبير، رغم أن هذه الظاهرة تعتبر حديثة نسبيا، ففى الولايات المتحدة خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر كان هناك بعض الأفراد الذين يمارسون الطب كجزء من نشاطات أخرى يقومون بها[٥]، وفى تلك الحقبة نفسها فى أوروبا، كنا نجد إلى جانب بعض أساتذة الفن الكبار الحاصلين على شهادات مرموقة، العديد من الممارسين البسطاء الصعاليك، الذين يحصلون على أجور رمزية، ومنهم العاملون فى مجال الجراحة، وهو القطاع الذى كان أكثر احتقارًا فى المهنة. وكان علينا أن ننتظر حتى القرن التاسع عشر، مع بداية ظهور العيادات الطبية، حتى يبدأ الطب ــ فى فرنسا، ثم فى أوروبا كلها، ثم فى الولايات المتحدة ــ فى اكتساب احترام اجتماعى ونجاح منقطع النظير، واستطاع الأطباء المسلحون بالمعرفة العميقة وبالتكنولوجيا الطبية ــ التى كانت تشهد تطورًا كبيرًا آنئذ ــ أن يتغلغلوا إلى داخل صالونات البرجوازية وكواليس السلطة، حتى إنهم أصبحوا ممثلين أقوياء للنخبة الاجتماعية والثقافية والسياسية فى فرنسا أثناء الحقبة التى كانت تعرف بالزمن الجميل[٦]. ويعتبر وجود عيادة فى البناية الفخمة جدا الواقعة فى أحد الأحياء الراقية بباريس والتى تضم كبار الأطباء من دلائل نجاح هذه المهنة، إذ تكسو الأخشاب المشغولة بالبرونز المؤكسد جدران غرفها، لترمز إلى قرنين من البرجوازية المتوارثة، أما السجاجيد الكبيرة من الصوف التى تستقبل خطوات الزائرين فتجعلهم يشعرون بهيبة المكان.

يجمع الطبيب بين خاصية الساحر الذى يعالج الجسد وبين البرجوازى نتيجة لوضعه الاجتماعى، بل إنه تعبير جيد لمفهوم المؤسسة الليبرالية والممارسة

المهنية، إذ تأسست مهنة الطب فى الغرب منذ البداية على النموذج الليبرالـــى فـــى الإطار الحضرى، وذلك قبل ظهور فكرة الطب الاشتراكى، فالطبيب ســيد نفـــسه، المتصرف الوحيد فى تحديد أجره الذى يدفعه المريض له مباشرة، بالإضافة إلـــى حصر علاقة الطبيب/المريض فى إطار من السرية المهنية المطلقة.

هذه أيضا هى صورة الطبيب الثرى والمستقل الذى يعــيش علـــى ضـــفاف النيل، بالرغم من الأهداف المتعلقة بالتوجهات العامة التى أعطيت لمهنة الطب منذ البداية، فقد تشابه الصعود الاجتماعى للأطباء المصريين مع زملائهم الغربيين، إلا أنه كان أكثر بطئًا واهتزازًا، ولكنه تأكد رويدًا رويدًا خلال القرن التاســع عــشر، فارتبط اختيار مهنة الطب ــ فى جانب منه أيضا خلال القرن العشرين ــ بتحقيق الطموحات الاجتماعية، فنجد فى عام ١٩٢٤ "أحمد عبد الجواد" الشخصية التقليدية المسيطرة فى ثلاثية نجيب محفوظ، يضع كل آماله فى أن يرى أحد أبنائه طبيبًـــا، فالحوار الذى يدور مع ابنه الأصغر بخصوص دراساته المستقبلية كاشف للغاية، إذ لا يتعلق الأمر باختيار عمل يحبه، ولكن يجب أن ينصب الاختيار على عمـــل لـــه وجاهة اجتماعية وعائد مادى منتظر(٧)، فلا يوجد إذًا إلا دراسة الطب أو القـــانون لتحقيق تلك الأهداف من وجهة نظره.

لم يخطئ "أحمد عبد الجواد" فى ذلك، فمصر خلال النصف الأول من القرن العشرين شهدت النجاحات المادية لفئة الأطباء على الأقـــل، فتـــراكم رأس المـــال للبعض منهم، منذ تلك الحقبة وحتى يومنا هذا، من خلال ملكيـــة العقـــارات فـــى القاهرة والإسكندرية، إنما يؤكد للرأى العام عمومًا أن ممارسة هذه المهنة يمكن أن يؤدى إلى الثراء.

أصبح هذا الاعتقاد سائدًا بعمق فى الوجدان المصرى، حتـــى بتنـــا نـــسمع المقولة الشهيرة (خمسة عين) التى يحصل عليها الطبيب من خلال مهنته، العروس (أول مراحل الاستقرار)، والعربية (التميز الاجتماعى)، والعيادة، والعمارة (رمـــز الثراء والملكية العقارية)، والعزبة (استقرار هذا الثراء وذلك التميز الاجتماعى).

لم تهدم ثورة ١٩٥٢ الطموحات الاجتماعية المرتبطة بهذه المهنـــة، علـــى الأقل فى المرحلة الأولى، بالرغم من تغيير شروط ممارستها، بل على العكس ظل ممارسو هذه المهنة يتباهون بالاحترام الذى يحصلون عليه حينما يعملون فى خدمة البناء الوطنى وتنمية البلاد، ففى تلك المرحلة الممزوجة بالحماس(٨)، التى حلمــت بمجتمع خالٍ من الأمراض ومن الفقر، تزايد الانبهار بالطب، الذى بات الحل لكــل الطموحات الاجتماعية لطبقة كانت حتى الآن محرومة منها، وازدادت الهالة التـــى تحيط بالطب، خاصة مع اشتراط الحصول على مجموع درجات مرتفــع للــدخول إلى كليات الطب ــ وهذا المجموع تحدده كل عام وزارة التعليم العـــالى ــ نظــرًا لزيادة الطلب عليها، حيث توفر هذه الكليات قنوات للترقى الاجتماعى. وقد ظلـــت المنافسة ممتدة لفترة طويلة بين كليات الهندسة والطب، إلا أن الأخيــرة فرضـــت نفسها على الساحة منذ ١٩٦٧(٩)، حيث لم تعد تقبل إلا أعلى المجاميع.

ظلت كليات الطب فى كل من جامعتى القاهرة والإسكندرية على قمة التدرج الهرمى، فهذه المهنة لا تزال تحتفظ برونقها بالرغم من البلبلة التى تكتنفها اليوم.

وهنا نشير إلى الأوضاع المضطربة التى يجد فيها الطبيب نفسه اليوم، حيث لم تعد هذه المهنة تحقق تلك المكاسب الكبيرة للقطاع الأوسع لمزاوليها، ولـــم تعـــد المهنة تحقق النجاح الاجتماعى المتميز التى كانت تحققه من قبل، وتحولت الأغلبية إلى موظفين، البعض منهم فى الأقاليم حيث العائد المادى أقل بكثير، كل ذلك هـــز صورة مفهوم العمل الحر حتى وصل الأمر إلى أزمة حقيقية بالنسبة للكثيرين، فقد شهدت هذه المهنة لأول مرة أكبر عدد من العاطلين(١٠)، حيث تحول الكثيرون منهم بعد ست سنوات من الدراسة إلى مزاولة أعمال أخرى أكثر ربحًا، مثل التجارة أو السياحة، وهى مهن أمكنهم مزاولتها لإجادتهم لغات أجنبية، وعلى ذلـــك لـــم يعـــد الصعود الاجتماعى متاحًا كما كان فى السابق، وفى ظل هذه المنافـــسة الـــشرسة اهتزت قليلا أخلاقيات المهنة لدى كثيرين.

تتعالى مقولات مثل "العصر الذهبى للمهنة"، لكنها لا تؤدى إلا لمزيـــد مـــن

الإحساس بالمشكلات الحالية، ففي السابق كان العلم هو شاغل طالب الطب، وكان يحصل عليه في ظل مناخ من الزمالة والمودة بين الأساتذة والطلاب، أما اليوم فنجد المنافسة السلبية في الكلية وفي الممارسة، فلم يعد هناك الطالب المهموم بالعلم الخالص، بل أصبح هناك طالب غارق في مشكلات أخرى كتأمين مستقبله، خاصة عندما يجد نفسه مغمورًا وسط آلاف الطلاب الآخرين.

من المؤكد أن مقولة "العصر الذهبي" قد أخذت حجمًا أكبر من الحقيقة، إلا أنها تترجم الشعور الذي يسري في السلك الطبي اليوم من تفتت وتناحر وانخفاض في المستوى العام.

جذور هذا الشرخ

لم تكن مهنة الطب هي المهمة الوحيدة التي عانت من تلك المشكلات، فبعد مرحلة النشوة التي صاحبت مفهوم الطب الشامل في المجتمعات الغربية، التي نجحت بفضل تعميم أنظمة من الوقاية الاجتماعية[١١]، أصبح الكثيرون اليوم ومنهم الأطباء، في حالة من الشك مجددًا وعدم اليقين المطلق بسبب استمرار بعض المشكلات الصحية أو ظهور تحديات جديدة.

بني الطب الحديث على الميراث الطبي اليوناني، سواء في الغرب أو حتى خلال الحقبة الإسلامية، وكانت الشهادة التي يحصل عليها الطبيب شهادة شاملة في المعارف الطبية والقدرات تتيح له ممارسة الجراحة كل بحسب قدراته[١٢]، وقد أضفت هذه المعارف الشاملة بالجسم الإنساني هيبة على مهنة الطب.

ولكن منذ النصف الثاني من القرن التاسع عشر، بدأت مهنة الطب في انتهاج مفهوم التخصص، الذي نشهده في البداية داخل أقسام المستشفيات، ثم نشهد ميلاد تخصص جديد هو طب الأطفال، الذي كان وليد حركات الإصلاح أكثر من

كونه وليد التطور التقنى داخل المهنة، ثم تشهد مزيدًا من التخصصات والتقسيمات، كالتخصص فى مرض أو مجموعة من الأمراض، أو بعض الأعضاء فقط، أو أعمار سنية بعينها دون الأخرى... إلخ.

يتطور هذا المفهوم كثيرًا فى بداية القرن العشرين، ليشهد ذروته بعد الحرب العالمية الثانية، حيث أصبحت كليات الطب مؤسسات راسخة توفر الإمكانيات لإجراء مزيد من الأبحاث التخصصية أو نشر تخصصات أخرى.

تؤدى تلك الشروط الجديدة إلى ضياع جزء من مكتسبات الطبيب، فبالرغم من اتساع مجال عمله الذى تمنحه له الشهادة التى يحصل عليها، أدى هذا التقسيم فى العمل إلى تآكل الهيبة المهنية نظرًا لاضطراره إلى أخذ الرأى الطبى لآخرين فى تخصصات أخرى، أو ما يعرف بفريق العمل، وفى المقابل أصبح الطبيب العام، فى ظل مفهوم التخصصات، أقل شأنًا من نظرائه المتخصصين(٢٣).

ويضاف إلى هذه التقسيمات التراتبية الناتجة عن التخصص، ذلك التباين الواضح فى التقنيات داخل النظام الصحى نفسه، والذى يزداد تباينا ووضوحًا فى بلد مثل مصر. فقد عانت مصر من تدنى التجهيزات الطبية لمدة طويلة من الزمن، وأخيرًا تقرر فى الستينيات من القرن العشرين أن تقيم نظامًا صحيا عاما خاصة فى الأقاليم، مما أدى إلى ضرورة مضاعفة أعداد مراكز ووحدات الصحة ذات التجهيزات الطبية شديدة المحدودية، وكان ذلك من شأنه توفير خدمات طبية بسيطة فى إطار الوظيفة العامة. بالنسبة لأطباء لديهم طموحات كبيرة، كان هذا النظام نظاما فقيرًا جدا، مما جعلهم يحلمون بأماكن أخرى يمكنهم من خلالها ممارسة الطب الحقيقى، سواء فى الخارج أو فى بعض القطاعات المرموقة من البلاد.

بالرغم من استمرار الرغبة فى توفير تلك الخدمات الطبية الأساسية لجموع الشعب، إلا أن الاهتمام بالخدمات المتميزة ظل يراود كلا من القطاعات المهنية والسياسية، فبالنسبة للأطباء اعتبرت هذه الخدمات المتميزة مجالا لازدهارهم

المهنى، ورمزًا للحداثة، ومجالا للتقدير المادى، أما السلطة السياسية فاعتبرت هذه الخدمات المتميزة تعبيرًا عن إرادة اللحاق بالتقدم فى حلبة السباق العلمى والحداثة، ومن ثم سعى "جمال عبد الناصر" إلى وضع سياسة علمية، كما حاول تطوير قطاع طبى متميز، وجاء خلفه ليدعم هذا الاتجاه من خلال الانفتاح أمام نقل التكنولوجيا.

والآن تعتبر مصر من أكبر الدول العربية استهلاكًا للتكنولوجيا الطبية[١٤]، وفيها تنتشر سلسلة من المستشفيات ذات المستوى التكنولوجى المرتفع، والتجهيزات الطبية المتطورة التى تتطلب قدرات تقنية عالية، ومستويات تخصصية متميزة، وتستوعب هذه الواجهة الحديثة أفضل العناصر، وأفضل التجهيزات الطبية، التى تدخل النظام الصحى فى البلاد إلى دائرة من الاستهلاك التكنولوجى باهظ التكاليف.

ويؤدى التزايد فى التخصصات الطبية، بالإضافة إلى التطور التكنولوجى المستمر داخل المستشفيات، إلى ظهور نوع من الطب ذى رأسين، فمن جهة هناك الطب المتواضع المتوفر للأغلبية، ومن جهة أخرى هناك الطب النخبوى المتميز، وتزيد هذه الفجوة اتساعًا نتيجة اتباع النظام المصرى لسياسة تخريج أعداد كبيرة من حاملى الشهادات، فى حين أن تطور البنية التحتية لا يجارى هذا التزايد المستمر فى عدد الخريجين، بالإضافة إلى أن الدراسات العليا التى كانت بابًا للترقى الاجتماعى، وسبيلا للحصول على وظيفة جيدة، لم تعد تقدم فرصًا كافية للحاصلين عليها "إذ لم تعد الدراسات العليا تنتج برجوازية متميزة، إنما أصبحت تنتج برجوازية رثة[١٥]، فأصبح القطاع الأكبر من الخريجين يواجه صعوبات جمة للتواجد على الساحة، بسبب عدم قدرة القطاعات الإنتاجية على استيعابهم، إضافة إلى انتشار البيروقراطية".

فبالرغم من محاولات نظام "عبد الناصر" لكسر ما يعرف بالممارسة الخاصة، إلا أن النخبة المهنية لمرحلة الفترة الليبرالية نجحت فى الحفاظ على مقدراتها، وعلى جزء كبير من ثرواتها، فأصبحت تلك النخبة هى التى تحتل أغلب

المناصب المهمة فى المراكز الطبية المرموقة، بالإضافة إلى المناصب الأكاديمية، واستمر توارث العيادات الخاصة والزبائن القادرين داخل هذه المجموعات النخبوية، التى قد تمثل ٨% من مجمل العاملين فى هذه المهنة(١٦)، وفى المقابل نجد الأغلبية الساحقة المنحدرة من أصول بسيطة ــ الذين أتاح لهم النظام الجديد الدخول إلى الجامعات ــ يتخبطون فى الهياكل الطبية المحدودة الإمكانيات، غير قادرين على فتح عياداتهم الخاصة، مما يطيل فترة الانتظار والترقب لتحقيق الطموحات الأولى.

ظاهرة أجيال

هذا الاستقطاب المزدوج إنما يمس جيلا بأكمله، فمعظم الأطباء الموجودين على الساحة والذين تشكلوا خلال السنوات العشرين الماضية، يواجهون مشكلة الأعداد الكبيرة وسوء حالة الهياكل الطبية، وقد تكشفت هذه المشكلة خلال السبعينيات من القرن العشرين أمام المراقبين، وأصبحت محور اهتمامهم منذ ذلك الحين للإشارة إلى المصاعب التى يواجهونها فى عملهم اليوم، سواء فى الصحف أو داخل إطار المهنة ذاتها (أزمة الأطباء الشبان).

إن ظهور هذا المفهوم الخاص "بالأزمة" إنما يشير إلى إقرار المجتمع المصرى بأن "لقب الطبيب" يخفى خلفه تباينات كبيرة، وأنه لا وجه للشبه بين الأطباء الكبار المستقرين فى عياداتهم الخاصة والمستشفيات الخاصة والجامعات، والأطباء الشبان(١٧) الذين يجدون أنفسهم فى موقف لا يحسدون عليه، كما أن هذه الأزمة تشير إلى الإقرار بعدم وجود هوية جماعية للأطباء.

فى خضم هذه الظروف هاجمت مجموعة من الأطباء الشبان الجهة التى تمثل الهوية الجماعية، والمتمثلة فى "نقابة الأطباء"، فالنقابة هى جهة التمثيل الوحيدة لتلك المهنة، وتتكون من فئتين: فئة الأطباء فوق ١٥ عامًا من الخبرة

والممارسة، والفئة التى تحوى الأطباء أقل من ١٥ عاما من الخبـرة والممارســة. هذا التقسيم يوضح الأهمية التى يعلقها المجتمع المصرى علـى سـنوات الخبـرة للممارس، فنجد على سبيل المثال أن كل نقابة فرعية على مستوى المنطقة تتكـون من رئيس منتخب من الفئة الأولى (أكثر من ١٥ عاما)، ومن اثنين أو ثلاثة آخرين منتخبين من الفئتين معا، مما يؤدى بوضوح إلى تواجد أكبر للفئة الأولى، الأكبـر سنا، بالرغم من قلة عددهم بالقياس إلى عدد الممارسين للمهنة.

ولمواجهة تلك السيطرة قامت مجموعة من الأطبـاء الـشبان عـام ١٩٨٦ بتأسيس "الجمعية المصرية للأطباء الشبان"[١٨].

تأسست هذه الجمعية بمبادرة من أحد محافظى الجيزة السابقين[١٩]، واتخذت فى البداية شكل مؤسسة محلية، ورويدًا رويدًا أخذت تحتل مكانـا علـى الـساحة العامة، بسبب دفاعها عن المصالح المحددة للأطبـاء الـشبان، وتـوفير خـدمات اجتماعية لهم، كما قامت الجمعية بإصدار مجلة علمية يكتـب بهـا بـاحثون مـن الأطباء الشبان، بالإضافة إلى قيامها بتنظيم مؤتمر سنوى على نفس نـسق النقابـة الكبيرة. لقد أعطت كل هذه النشاطات صبغة واضـحة لظـاهرة "أزمـة الأطبـاء الشبان".

ومن المفارقات الجديرة بالإشارة أن الأطباء الشبان ـــ الـذين لا تتجـاوز أعمارهم ٤٠ عامًا[٢٠] ـــ يكونون ثلاثة أرباع المقيدين فى النقابة، مما يجعلها مهنة شابة جدا.

وحين قامت مجلة الأطباء، المجلة الرسمية للنقابة، بإجراء استبيان[٢١] يهدف إلى تحسين الدخول، وتحديد خصائص "الطبيب الشاب"، وجـدت أن أغلبيـة مـن اشترك فى هذا الاستبيان كان ممن تقل أعمارهم عن ٤٠ عامًا، كما أنها كشفت عن أن هناك ٤٣% منهم من غير المتزوجين، وهى نسبة كبيرة جدا وسط الفئة العمرية الأكثر استعدادًا للزواج، حيث غيرت الضغوط الاقتصادية فى مصر تقاليد الـزواج وأسلوب الاحتفال به، فالعريس البرجوازى يجب أن يوفر الشقة المؤثثـة والحلـى

ومستوى حياة كريمة بشكل عام. وتتزايد الضغوط في الطبقات التي تسمى "متوسطة"، حيث يكون الزواج هو وسيلة التعبير عن الرغد الاجتماعي، وبالتالي فبالنسبة للأطباء الذين يفترض أنهم ينتمون إلى هذه الطبقة، تكون القضية حساسة للغاية، حيث إنهم في الأغلب الأعم لا يستطيعون في سن العشرين أو الثلاثين أن يوفروا الأموال اللازمة لكل هذه المتطلبات، وبالتالي لم يعد هناك إمكانية لتوفير "الخمسة عين". فقد أظهرت نتائج الاستبيان أن ٥٦ % من المشاركين في هذا الاستبيان أنهم لا يملكون عيادات خاصة، وبالرغم من التوسع الكبير في عدد العيادات الخاصة منذ ١٩٨٥، إلا أن مالكيها لا يحققون من خلالها دخولا تضمن لهم حياة كريمة، مما يضطرهم إلى العمل في جهات أخرى أدنى من حيث قيمتها الاجتماعية، وتظل السيارة حلمًا صعب المنال للكثيرين منهم، فما بالنا بالعقارات والأطيان الزراعية.

ترجع المشاكل المادية لهؤلاء الشبان إلى عنصرين: العنصر الأول أصولهم الاجتماعية البسيطة، والثاني خيبة الأمل المهنية، التي تعود هي الأخرى إلى تدني مستوى التعليم في الكليات الطبية بالأقاليم، ونقص التدريبات العملية التي يحصلون عليها، وانخفاض مستوى معيشة زبائنهم المستقبليين.

رفض الممارسة العامة

عدم كفاية الهياكل الصحية العامة

منذ ثورة ١٩٥٢ ـ وبسبب السياسات الشمولية المطبقة ـ شهدت الهياكل الصحية العامة توسعًا كبيرًا جدا. فعدد المستشفيات التابعة لوزارة الصحة تزايد من ٢٥،٧١٠ أسرة عام ١٩٥٠، إلى ٣٧،٨٨٦ عام ١٩٦٠، ثم إلى ٥٨،٤٨٨ عام ١٩٨٠[٢٢]، ليصل إلى ١٠٧،٨٨٠ سريرًا عام ١٩٩١. أما عدد وحدات رعاية

الطفولة والأمومة فقد تضاعفت من ٧٩ وحدة عام ١٩٥٢ إلى ٢٣١ عـــام ١٩٨٠، كما تتضاعف المراكز الطبية المدرسية من ٤٥ إلى ٢٣٠ خلال الفترة نفسها[٢٣].

استمرت الدولة فى تدعيم الهياكل التابعة لها، ومنها تطبيق نظــام التــأمين الصحى عام ١٩٦٠على بعض الفئات من الموظفين، فأصبح القطاع الصحى العام يضم المؤسسات التابعة لوزارة الــصحة، ووزارة التعلــيم العــالى (المستــشفيات الجامعية)، والمؤسسة العامة للتأمين الصحى، ويحوى هــذا القطــاع ٤٨% مــن إجمالى عدد الأسرة بالمستشفيات على مستوى البلاد[٢٤]، غيــر أن زيـــادة كبيــرة طرأت على عدد الأسرة بالقطاع الخاص الذى توســع فــى مجــال المستــشفيات الاستثمارية الكبرى منذ عام ١٩٨٠.

بات النظام الصحى العام لا مركزيا ومتكاملاً، مما يعنى أنه اتخــذ شــكلا هرميا، فالقاعدة ترسل الحالات المرضية الصعبة إلى المستويات الأعلــى الأكثــر تخصصًا، فكل محافظة من الست والعشرين لديها إدارة صــحية، وكــل محافظــة تنقسم إلى مراكز بها خدمات صحية تراقب كــل المؤســسات العامــة الــصحية الموجودة بالمركز، وفى المستوى الأدنى الوحدات الصحية بالقرى، حيــث تعنــى مكاتب الصحة من خلال الكشف الخارجى بالطب العام الــذى يــضم تخصــصات الأمومة والطفولة، والطب المدرسى والوقائى، وتنظيم الأســرة، كمــا نجــد فــى المراكز الكبرى المستشفيات التى تخدم القرى (المستوى الثالث)، وهذه المستشفيات تحتوى على حوالى عشرين سريرًا للواحدة، ويأتى فى المستوى الرابع المستشفيات العامة بالمحافظات، وأخيرًا تحتل قمــة الهــرم المستــشفيات الكبــرى بالقــاهرة والإسكندرية، والمؤسسات المتخصصة، والمستشفيات الجامعية التى تقدم خــدمات طبية متطورة.

هذا القطاع الصحى العام يوظف الجزء الأكبر من السلك الطبى المــصرى، إذ يتعين على الطبيب فور تخرجه القيد بالنقابة، والتــسجيل فــى جــداول وزارة

الصحة، حتى يتمكن من الحصول على إذن مزاولة المهنة، والحصول على أحد المناصب فى الهياكل الصخية العامة.

لا يستقيل من الوظيفة العامة بعد التسجيل فيها سوى القادرين ماليا، سواء من ورثوا عيادات أو مستشفيات أو يملكون أنصبة بها تدر أرباحًا وفيرة، أو من يملك دخلا آخر يؤمن له مستقبله. ومن الجدير بالإشارة أن نسبة الأطباء العاملين بهياكل وزارة الصحة وصل إلى ٨٥% من الأطباء المصريين حتى أواخر ١٩٨٠[٢٥].

تبعًا لنظرة تعتمد على الخدمة العامة، فإن معظم دخل الدولة يعاد توزيعه على القطاعات المختلفة من أجل تشغيل الآلة الاقتصادية، التى تظل فى جزئها الأكبر غير منتجة إذ تقدم خدماتها مجانًا للجمهور، وبالتالى لا يمكن لمثل هذا النظام إلا أن يعتمد على أوضاع اقتصادية جيدة، كان من الممكن توفيرها فى ظل المد الذى شهدته البلاد فى الستينيات من القرن العشرين، وذلك عندما أرادت الدولة أن تكون بمثابة "العناية الإلهية" التى تقوم بتوفير كل شىء لشعبها، ولكن مع مرور الوقت اصطدمت هذه السياسة بصعوبات فى التطبيق. فبالرغم من الشعارات الكبيرة التى تقول بان الصحة على رأس قائمة اهتمامات الدولة، نلحظ انخفاضًا كبيرًا فى الميزانية المخصصة لها. فخلال الفترة بين عامى ١٩٣٦ و١٩٦٥ تراوحت الميزانيات المصرية المخصصة للصحة بين ٣,٧% و٥%، وأعلى نسبة تحققت فى ١٩٦٥ ساهمت فى التغطية الصحية بالمناطق الريفية، إلا أن هذه النسبة انخفضت فى عام ١٩٧٠ إلى ١,٦%، ثم إلى ١,١% عام ١٩٧٥[٢٦]، وحتى ١٩٨٦ لم تقم الدولة بنشر خطتها وميزانيتها بشكل منتظم، بل كثيرًا ما كانت تتأخر فى نشرها، مع ملاحظة أن الميزانيات كانت فى كثير من الأحيان تتجه إلى التقليص.

كانت السبعينيات من القرن العشرين فترة غير مزدهرة فى مجال الصحة، بعكس الفترة السابقة لها، والتى تزايد الاهتمام فيها بالمناطق الريفية، وشهدت

توسعًا فى المراكز الخدمية، وتوفيرًا للتجهيزات الخاصة بها. ففى حين شهدت السبعينيات انفجارا سكانيا فى المناطق الحضرية، لم تتمكن الدولة من مواكبة هذا التطور السريع على مستوى الرعاية الصحية، فنجد نقصًا كبيرا فى الخدمات والتجهيزات الصحية، خاصة فى المناطق العشوائية بالمدن، وفى بداية الثمانينيات من القرن العشرين أصبحت هناك وحدة صحية لكل ٣,٠٠٠ أسرة فى المناطق الريفية، فى حين باتت الوحدة الصحية فى المناطق الحضرية تخدم ١٦,٠٠٠ أسرة[٢٧].

احتلت الصحة موقعا أكثر أهمية مجددا بالنسبة للدولة منذ الثمانينيات، وذلك بالرغم من اتجاه السياسات إلى المفاهيم الليبرالية، فشهدت ميزانية الدولة المخصصة للصحة ازديادًا وصل بها إلى ٢,٥% منذ ١٩٨٥[٢٨]، بيد أنها نسبة بعيدة عن الـ ٧% التى توصى بها المنظمات الدولية، حيث تظل غير كافية للإنفاق على نظام صحى بهذه الضخامة.

فى ظل هذه الظروف اصطدمت الجهود الكبيرة المبذولة لدعم وتطوير الهياكل الصحية بعجز الدولة عن صيانة وإعادة إنتاج هذا النظام الذى تسيطر عليه الكوادر الوظيفية، مما أدى إلى إعاقة التطور الإدارى لها، فإذا أخذنا عام ١٩٨٦/١٩٨٥ كمثال سنجد أن ٦٧,٤% من الميزانية، التى تصل إلى أربعة مليون جنيه مصرى، تستهلك فى أجور ٧٠،٠٠٠ طبيب، ٢٠,٣% تذهب لصيانة المعدات ومصاريف العقاقير (التى تمثل ثلاثة أرباع المبلغ)، بينما كان نصيب الاستثمارات الجديدة ١٢,٣% فقط من إجمالى الميزانية[٢٩].

لم تعد المعدات والتجهيزات التى وفرها النظام فى الخمسينيات والستينيات صالحة للاستخدام، بالإضافة إلى تهالك الأماكن التى أنشئت لتوفير الخدمات الصحية، مما أدى إلى إغلاق الكثير من تلك الأماكن لانعدام النظافة، وعدم توفر الأجهزة اللازمة، أو العاملين بها. كما يرجع سوء حالة الهياكل الخدمية العامة وتدهورها إلى عدم وجود معرفة بإدارة المستشفيات فى الكليات الطبية، فبشكل عام

لا يحب الطبيب أن يخضع لإدارة غير طبية، رغم أنه ينظر إلى الطبيب الإدارى باعتباره الطبيب الذى فشل فى مهنته الطبية، بالإضافة إلى عدم جواز الجمع بين المنصب الإدارى الوظيفى والعمل الحر، مما يثنى الكثيرين عن هذه الوظيفة.

النقص فى عدد العاملين بالمهن الطبية المساعدة

لم تنجح المهن المساعدة فى المجال الطبى فى أن تحوز احترام المجتمع المصرى، فمهنة التمريض أصبحت مهنة نسائية تتعامل مع الجسد، ولكن بدون الضمانة العلمية التى توفرها الشهادة الطبية، بالإضافة إلى التشكيك الذى يصيب أخلاقياتهن، خاصة مع اضطرارهن للعمل فى النوبات الليلية[٣٠]، وحتى بالنسبة للممرض الذكر "التمرجى" فقد هيمن على هذه المهنة النظرة التى رسمتها الروايات الأدبية فى فترة ثلاثينيات وأربعينيات القرن العشرين كرجل بلا أخلاق، فاسد وعنيف[٣١]، وظلت هذه المهنة شائكة لا ينظر إليها باحترام، حتى بعد أن أصبحت مع مرور الوقت مهنة تشغلها النساء، حيث يتم استقطاب الممرضات غالبًا من الطبقات الدنيا، التى التصقت بها صفات السوقية والابتذال، كما تتناقلها كثيرًا السينما ومن بعد التليفزيون[٣٢].

وبالنسبة للأطباء تعتبر الفروق الاجتماعية بينهم وبين الممرضات شاسعة جدا، خاصة إذا وضعنا فى الاعتبار أن الطبقات العليا درجت على النظر بتعالٍ واحتقار للطبقات الأكثر شعبية، فعلى عكس الروايات الغربية التى ترحب بزواج الطبيب من الممرضة، لا يسمح بذلك فى مصر.

إن أسلوب تأهيل الممرضات ــ اللاتى يعملن وفق مستويات مختلفة وغير متكافئة ــ لا يؤدى إلى جذبهن للعمل فى هذه المهنة، إذ تحصل الطالبة على شهادة التمريض بعد دورة تستمر أربع سنوات فى إحدى المدارس الفنية الثانوية، وعددها ٢١٣ مدرسة، ويمكن للفتاة أن تلتحق بالمدرسة فى عمر يتراوح بين ١٤ أو ١٥

عامًا، حيث لا يكون اختيارها فى الأغلب الأعم بدافع حب المهنة، بل يكون قائمًا على الفرصة المتاحة أمامها للحصول على وظيفة بعد إخفاقها فى الحصول على مجموع جيد فى المرحلة الإعدادية، وبعد تخرجها من المدرسة وهى لم تزل شابة بلا طموح يذكر – فى حوالى السابعة عشرة أو الثامنة عشرة من عمرها – تجد نفسها أمام وظيفة شاقة يصعب عليها القيام بها، نظرًا لحصولها على جوانب نظرية أكثر منها عملية، وحتى حين يتوفر لها الحصول على قليل من التدريب، فإن ذلك لا يؤهلها للقيام بعملها على الوجه الأمثل.

هناك مستوى ثان من هذه المدارس، حيث افتتحت مدرستان فنيتان عاليتان، فترة الدراسة بهما سنتان بعد المرحلة الثانوية، وتعتبر الدراسة بهما أكثر جدية ولكنهما لا تخرجان سوى عدد قليل من المتخرجات كل عام.

وأخيرًا فى المستوى العالى، نجد ثمانية معاهد عليا ملحقة ببعض كليات الطب، مدة الدراسة الجامعية بها أربع سنوات، وتعد خلالها أكفأ الممرضات للحصول على مناصب قيادية داخل سلك التمريض.

وبالرغم من ذلك مازالت أعداد الممرضات محدودة، لا تفى بالاحتياجات اللازمة للجهاز الطبى، حيث توصى منظمة الصحة الدولية فى أحد تقاريرها، بضرورة أن يكون لكل طبيب خمس ممرضات(٣٣)، بينما فى مصر ليس هناك إلا ممرضة واحدة لكل طبيب، وتجدر الإشارة إلى أن عدد الخريجات من المعاهد العليا أقل بكثير من خريجات المدارس الثانوية الفنية، فالمعاهد العليا تخرج حوالى ٢% من إجمالى الممرضات، فى حين يشير التقرير إلى ضرورة أن تصل هذه النسبة إلى ٢٠% على الأقل لضمان حسن الأداء(٣٤).

يضاف إلى كل تلك المعوقات عاملان آخران لتسرب الممرضات من المهنة، وهما الزواج، وانخفاض الأجور فى القطاع الحكومى، مما يدفع الكثيرات للبحث عن عمل فى الخليج والدول العربية، حيث يتضاعف المرتب إلى سبعة أو

عشرة أضعاف المرتب فى مصر ، وبسبب دقة الدول العربية فى اختيار كفاءات جيدة للعاملين بها، ينتهى الأمر إلى سفر معظم الكوادر الرفيعة المستوى إلى الخارج.

كما تفضل الممرضات، بعد إتمامهن سنتى الخدمة العامة فى أحد قطاعات وزارة الصحة، التوجه إلى القطاع الخاص الذى يبحث بدوره عن كفاءات جيدة، والذى يوفر من جانبه أجورًا وشروط عمل أفضل من القطاع الحكومى.

كما تجد الممرضات صعوبات كبيرة فى مزاولة المهنة حتى فى المدن الكبرى التى تتمتع فيها بقدر كبير من الاستقلالية، فما بالنا بمزاولة المهنة فى الأقاليم والأرياف، وخاصة فى صعيد البلاد، حيث وضع المرأة لا يزال يدور فى الفلك التقليدى.

وهكذا تظل الممرضات الأقل كفاءة فى أسفل السلم الوظيفى داخل وزارة الصحة بين شقى الرحى، حيث تضطر للبحث عن وظيفة فى القطاع الخاص، الذى يستنزف القدر الأكبر من مجهودها، فلا يتبقى لديها إلا فتات من الأعصاب والجهد لتعطيه لمريض القطاع العام.

توضح دراسات التقييم التى أجريت على ممرضات القطاع العام التدهور الكبير فى مستوى الكفاءة لديهن، فقد أخذت عينة من ٢٧ ممرضة تعمل فى الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة بالفيوم، وذلك قبل أن يخضعن لأسبوع تدريب عن كيفية التعامل مع حالات الإسهال عند الأطفال، فأظهرت الدراسة فشل جميعهن فى قياس وزن الطفل، كما أن من استطعن قياس الضغط منهن مثلن نسبة ٤%[٣٥]، ومن الجدير بالإشارة أن هناك العديد من الأطباء قد يفشلون أيضًا فى مثل هذه التدريبات.

لا يمكن إنكار أهمية الكوادر المساعدة العاملة فى المهن الطبية خاصة فى بلد كمصر، فالجانب التربوى يحتل أهمية كبيرة وسط شعب تنتشر فيه الأمية، مما

يستلزم تدخل تثقيفي مستمر من قبل هذه الكوادر، فعلى سبيل المثال، في أوائل الثمانينيات من القرن العشرين، أعلنت وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، عن حملة لنشر كيفية استخدام محلول الجفاف الذى وفرته مجانا في وحدات الخدمة الصحية، من أجل محاربة الآثار المؤلمة للإسهال، حيث إن معظم الوفيات تكون بسبب الجفاف المصاحب له. كانت الدراسة الأولية التى سبقت بداية الحملة على المستوى القومى قد أظهرت أن الأمهات الشابات قادرات على استخدام هذا المحلول بشكل صحيح بعد ٩ زيارات منزلية من الممرضة[٣٦]، فإذا ما أخذنا فى الاعتبار العدد المحدود للممرضات خاصة فى الأوساط الريفية، بالإضافة إلى العادة الاجتماعية المكتسبة بعدم ذهابهن طواعية إلى الجمهور، وتفضيل المكوث داخل وحداتهن الصحية، نستطيع أن نتكهن باستمرار ظاهرة الجفاف لمدة طويلة.

ونظرا لنقص عدد الكوادر الطبية المساعدة وانخفاض كفاءتهم، ينصب غضب الأطباء العاملين فى تلك الوحدات عليهن وعلى الدولة أيضا، حيث أصبحت صفات الفساد والعصبية والإهمال من الصفات اللصيقة بهن، وفى مثل تلك الهياكل الصحية الأساسية تتداخل اختصاصات الطب والتمريض، وقد لا يفصل بينهما إلا التدرج المهنى.

الصحة العامة: ممارسة تفتقد للقيمة

يشعر الأطباء العاملون فى القطاع الصحى الحكومى بعدم التقدير، فقد عينوا فور تخرجهم فى أحد القطاعات التابعة لوزارة الصحة، محاطين بكفاءات متدنية ونقص حاد فى الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة.

وكما أسلفنا فإنهم يواجهون بتحديات كبيرة أمام شعورهم الخاص بنقص كبير فى الخبرة وفى المعلومات، فقد يجد الطبيب نفسه فجأة فى إحدى القرى النائية وحيدا بدون رقابة أو إشراف أو معدات لازمة، كمعامل التحليل التى تعينه فى

التشخيص السليم، لكنه وبالرغم من عدم الثقة تلك سرعان ما يتجاوز ذلك بقليل من الخبرة، وبالموروث الاشتراكى الذى يعلى من مسئوليته الشخصية تجاه المرضى، ذلك الموروث الذى اكتسبه خلال تعليمه الجامعى، فهو يملك مصير المريض من حياة أو موت، وهو لا يصبح طبيبًا إلا عندما يبدأ فى ممارسة هذه المسئوليات(٣٧).

وتأتى الخبرة العملية لتحل محل الخبرة الإكلينيكية فى تعامله مع المرضى والأمراض، تلك الخبرة التى تعتبر أحد المصادر الغنية للمعرفة، والتى قد تؤدى أحيانًا إلى تبديل أسلوب ما من أساليب العلاج المتبعة(٣٨)، وفى مثل هذا النظام الذى يتسم بالهرمية والتدرج الوظيفى لا يمكن حقيقة الحديث عن حمل مسئوليات أو خبرة مكتسبة إلا فى المستويات العليا، أما فى المستويات الدنيا لا يشعر الطبيب أبدًا أنه يملك مثل هذه السلطة، فهو يضطر إلى إرسال الحالات المعقدة إلى الأطباء الأعلى، أما هو فيكتفى بالأعمال الروتينية والبيروقراطية.

فعلى سبيل المثال يعمل الأطباء فى الوحدات الصحية بالأرياف ٣٧,٥ ساعة فى المتوسط أسبوعيا، فى أعمال تنحصر فى إعطاء التطعيمات، وفحص الحالات البسيطة، ومنها ١٢,٦ ساعة من الإجمالى تذهب فى الأعمال الإدارية(٣٩).

أما فى مستشفيات المدن حيث ترتفع نسبة المرضى الزوار ويقل عدد الأسرة، تزيد مسئولية الطبيب وترتفع إمكانية اكتساب الخبرات، ولكن تظل الأقدمية أو التخصص هى التى تعطى الأفضلية للطبيب لفحص الحالات المهمة سواء فى الكشف أو العلاج، أما بقية الأطباء الشبان ـ الطبيب العام ـ فيتركون فى الغالب بدون عمل.

هناك جانب آخر مهم فى المخيلة الطبية، فالمفهوم الخيرى للمهنة بات منعدمًا تقريبا نظرًا لشروط العمل القاسية فى القطاع العام.

وبشكل عام فإن المرضى فى المؤسسات العامة يفقدون ذواتهم ليصبحوا مجرد حالة من الحالات، ومن جانبه لا يعطى الطبيب الوقت الكافى لسماع التاريخ

الطبى للمريض أو مرضه، ولا يتم تسجيل المعلومات بدقة فى الملف إلا الجانب المتعلق بالتطعيمات فقط، وينحصر الكشف فى مجرد كتابة روشتة بعد سرد مختصر من المريض عن العوارض التى يشعر بها: "لدى ألم فى الظهر أو المعدة".

وكلما صعدنا السلم الوظيفى نجد تحسنًا طفيفًا، فحتى المريض لم يعد يثق فى الوحدات الصحية حيث انعدام الإمكانيات والإشراف.

أما فى المستشفيات التى تتوفر بها الإمكانيات، يصبح تكدس المرضى هو سبب هبوط مستوى الأداء، علاوة على عدم اهتمام العديد من الأطباء بالجانب الإنسانى للمهنة.

يتم توزيع الأطباء الشبان والأقل كفاءة على الوحدات الصحية، فهم العاملون فى وزارة الصحة، فمن كل أربعة أطباء هناك ثلاثة تقل أعمارهم عن ٤٠ عامًا[٤٠]. يشعر هؤلاء الأطباء بالسخط عند تكليفهم بتلك الوظائف الصعبة، فهم يلومون الدولة والممرضات ويحملونهم سبب عجزهم عن ممارسة المهنة بأسلوب سليم، فكثيرًا ما يجد الطبيب نفسه عاجزًا عن سد احتياجات المريض باعتباره يمتهن مهنة إنسانية، بل وأحيانا نجد بعض هؤلاء الأطباء ينتهجون أسلوبًا خشنًا تجاه المريض، ويرسلونه لشراء الدواء من إحدى الصيدليات، بينما من المفترض الحصول عليه مجانا من الوحدة التابعة لوزارة الصحة، وفى المقابل مازلنا نجد الكثير من الأطباء الذين يعملون بجدية وتفان، وإن كانت هذه ليست القاعدة العامة.

يضاف إلى كل تلك المصاعب المهنية المشاكل المالية، فالطبيب العامل فى الوظائف الحكومية يتقاضى نفس أجر الموظف المصرى، حيث يتقاضى الطبيب المبتدئ ٨٠ أو ٩٠ جنيهًا فى الشهر (أى ١٣٠ فرنكًا)[٤١]، وهذا المبلغ لم يكن عام ١٩٩٣ ليوفر حياة كريمة على الإطلاق، كما أن الشرائح المالية لم تتغير منذ ١٩٧٩، بالرغم من زيادة نسبة التضخم سنويا بحوالى ٣٠%، ويظل الوضع على ما هو عليه طوال العمل فى القطاع الحكومى.

يعتبر القطاع العام بالنسبة للبعض غير مقبول البتة، فالأمر أصبح واضحًا وضوح الشمس، حيث القطاع العام لا يوفر خدمة طبية، أو على أكثر تقدير هى خدمة بدائية تمامًا، والعمل به يجرد المهنة من كل جوانبها الإنسانية، ويجعلها روتينية، ويفقدها كل مقوماتها الفعلية، وفى المقابل لا فكاك من وجود قطاع طبى خاص، فهو المنوط به توفير طب "حقيقى"، أو "ما يجب أن يكون عليه الطب"، أى توفير خدمة فعالة. فبالرغم من تلبس هذه الرؤية للمظهر التجارى الخالص، إلا أن أصحاب هذه الرؤية يرون فيها الأسلوب الوحيد لممارسة مهنة إنسانية وفعالة، فالطبيب الذى يتقاضى أجرًا محترمًا لن يبخل بجهده على المريض، وتنتشر تلك الرؤية لدى الأطباء الذين يقدرون على ترك المؤسسات العامة وان بعد فترة.

أما البعض الآخر فلا يدين القطاع العام إدانة صارمة، حيث يعتبر أن المجانية قضية مهمة فى دولة فقيرة تعتمد فيها الأغلبية على خدمات وزارة الصحة، بل يزداد تشبثهم بها نظرًا للأزمة الاقتصادية التى تمر بها البلاد، وبالتالى فهم لا يدينون القطاع العام، بل يدينون الدولة لسوء الإدارة، ونقص المخصصات المالية، وعدم التجانس فى سياساتها الصحية. وهذه الرؤية تنتشر عند الأطباء الذين يعتمدون فى عملهم على القطاع العام، أو العاملين فى المستشفيات التابعة للدولة، أى فى المؤسسات المتخصصة التى ترمز، بالرغم من كل شىء، إلى الطب بمفهومه المجرد والإنسانى والعلمى.

وأخيرًا فإن عملية نشر الطب على المستوى الشعبى إنما جاءت على حساب السلك الطبى الذى طالما عمل من خلال المفهوم الليبرالى الموروث عن التقاليد الغربية، حيث الممارسة الليبرالية تحتل مكانة مركزية. كل ذلك وضع الأطباء فى موضع ارتباك و تذبذب فيما يتعلق بمفهوم الخدمة الطبية العامة، فهم يعملون فى إطاره دون الحصول على التقدير اللازم ماديا ومعنويا للحفاظ على وضعهم الاجتماعى فى المجتمع.

شروط عمل صعبة

كانت القرى المصرية حتى قيام الثورة عام ١٩٥٢ تفتقر إلى البنية الصحية التحتية، ثم بدأت تشهد تطورا فى القطاع الصحى بالقرى خلال العقد التالى فى ظل حكم الضباط الأحرار، الذين اهتموا بقضية الإصلاح الزراعى، وإن ظل هذا التطور بطيئا، فأدخلت الخدمات الصحية فى الوحدات الشاملة التى تضمنت قسما للتنمية الاقتصادية، وآخر للتنمية الاجتماعية والزراعية، ومدرسة ابتدائية، ووحدة للخدمات الصحية.

وأخيرا تم إنشاء شبكة مجمعة من الخدمات الأولية فى القرى عام ١٩٦١، حيث وصل عدد السكان فى هذه القرى إلى ٦٠% من إجمالى السكان فى الدولة، وبهذا اعتبرت مصر خلال تلك المرحلة من أكثر الدول النامية التى تملك تجهيزات فى هذا المجال.

أنشئت هذه الوحدات فى كل قرية يتجاوز سكانها ٤،٠٠٠ نسمة، كما تم توفير وحدة خدمية لكل مجموعة قرى يقل عدد سكانها عن ذلك، بشرط ألا تبعد هذه القرى عن بعضها البعض لأكثر من ثلاثة كيلومترات، بالإضافة إلى إنشاء مجموعة وحدات فى كل بندر أو مركز، حيث تحولت هذه الوحدات فيما بعد عام ١٩٧٦ إلى مستشفيات تحوى حوالى عشرين سريرا. وتحتوى كل وحدة على طبيب مقيم، وممرضتين أو قابلات، ومفتش صحة مسئول عن مراقبة البيئة، بالإضافة إلى فنى معامل، أما فى المستشفيات بالقرى فيمكن أن نجد خمسة أضعاف عدد هذا الفريق.

تتمثل مسئولية هذه الوحدات الصحية فى علاج الأمراض السائدة فى حدود الكشف الخارجى، أما الهدف الرئيسى لها فيكمن فى الاهتمام بالوقاية من هذه الأمراض، وبقضايا الأمومة والطفولة من خلال القيام بالتطعيمات اللازمة،

بالإضافة إلى الاهتمام بقضايا تنظيم الأسرة، ومحاربة أمـراض الإسـهال لـدى الأطفال الصغار، كما تشرف الوحدات أيضا على الخدمات الـصحية بالمـدارس، ومحاربة الأمراض الوبائية والمتوطنة، والتربية الصحية.

هذا القطاع الريفي لم ينجح في الوفاء بعهوده، مثله مثل بقية القطاع الصحي العام، ويرجع ذلك أولا إلى قدم المباني المستخدمة التي أقيمت خلال الستينيات من القرن العشرين، والتي أصبحت في حالة من التدهور الشديد، وثانيـا إلـى نقـص التمويل اللازم لإجراء أعمال الصيانة على المعدات، وعدم توفر الثلاجات اللازمة لحفظ الأمصال، أو قدمها الذي يرجع إلى ثلاثين عاما مما يجعلها غيـر صـالحة للاستخدام، وخلو الصيدليات الملحقة بالمستشفيات العامة من الأدويـة فـي أغلـب الأحيان، وفي مثل هذه الظروف يفقد النظام المـصداقية أمـام المرضـى الـذين يتقلصون مع مرور الزمن، لتصل زيارة المريض منهم إلى زيـارة واحـدة فـي العام(٤٢).

في هذه الوظائف يتم تعيين الأطباء الشبان بقرارات إداريـة، ففـي شـهر مارس من كل عام يتم تعيين الدفعات الجديدة من الأطباء الحاصلين على شـهادات التخرج، حيث يعين الأقل تفوقًا في الوظائف بالمناطق الريفية والنائية، ففي بحـث أجري عام ١٩٧٨ على عينة من ١٣٢ وحدة مـن الوحـدات الـصحية الريفيـة، اشتملت هذه العينة على ٥٠% من الأطباء الشبان المتخرجين عام ١٩٧٥، أظهـر هذا البحث أن ٤٥ % منهم يعمل في هذه الوظائف منذ أقل من عـام، فـي حـين استمر ١٥ % منهم فقط في هذه الوظائف لفترات تصل إلى خمـس سـنوات(٤٣). وتعتبر هذه الوظائف مثلها مثل بقية وظائف القطاع العام مجرد الخطوة الأولى في المسيرة المهنية، وينتج عن ذلك عدم متابعة الطبيب في تلك المرحلة لبرامج التنمية الصحية طويلة الأمد، ذلك لإدراكه أن وجوده إنما هو وجود مؤقت، بالإضافة إلى عدم حصوله على معرفة جادة في مجال علم الأوبئة، مما يجعله غير مؤهل لرسم خريطة صحية دقيقة يمكن أن تفيد مثل تلك المشاريع.

ترجع هذه التنقلات السريعة إلى أسباب إدارية، حيث يرتبط الترقى بالتنقل إلى سلم وظيفى أعلى بعيدًا عن الأرياف التى ينظر إليها بنظرة أقل احترامًا، فالعمل بالأرياف مرتبط دائمًا بصورة سلبية فى أذهان الأطباء طوال فترة دراستهم، ففى مناقشاتهم اليومية، حيث تسيطر أجواء المنافسة، نلاحظ الاستخفاف والتندر على تلك الوظائف، خاصة وأنها أصبحت مرتبطة بعدم التفوق الدراسى (لأنه فاشل سيذهب للعمل عند الفلاحين). لقد أقيم النظام الدراسى الجامعى كله على استراتيجيات للفرار من هذا المصير المشئوم، فالطالب يجتهد بشدة للحصول على درجات كبيرة تسمح له باستكمال دراسته العليا، والتخصص فى أحد المجالات العلمية، بهدف الابتعاد عن العمل بالأرياف، فثلث الذين ينجحون فى الحصول على هذه الدرجات العليا يعفون من الخدمة العامة، ويستطيعون بفضل دبلوم التخصص الحصول على مميزات تتيح لهم إيجاد عمل بإحدى المستشفيات الأكثر تميزًا.

يرجع التقليل من قيمة العمل فى الأوساط الريفية إلى عدم معرفة الأطباء الشبان بأسلوب الحياة هناك، فهم فى معظمهم من المدينة، وهذا الجهل بالمناطق الريفية يشكل لديهم أفكارًا خيالية وغامضة، فهم يعتقدون مثلا فى انتشار العقارب والثعابين والثأر فى مثل هذه الأماكن، بالإضافة إلى نظرتهم السائدة بأن الفلاح كائن غبى بسبب الفقر والجهل، ولا يفقه شيئا فى مسائل الصحة والنظافة، كما أنه مرتبط بتقاليد وأفكار بالية، وبالتالى يتراجع مفهوم العمل الإنسانى أمام الخوف من المجهول.

يعتبر الذهاب إلى الريف بالنسبة للطبيب فترة صعبة من الانعزال الاجتماعى، حيث يحاط بفئات اجتماعية أدنى، سواء من المرضى أو المساعدين، فينقطع تواصله الاجتماعى، وللهروب من هذا الواقع، نجد الكثير من الأطباء يفضلون السفر يوميا لمدة ساعتين حتى لا يضطرون إلى العيش فى الوسط الريفى.

وأخيرًا فإن جهل هؤلاء الأطباء الشبان بطبيعة الأمراض الريفية المنتشرة وطرق علاجها تأتى فى مقدمة العوامل التى تمثل ضغطًا عليهم، إذ يفاجأون بسوء

التغذية والالتهابات المعوية والأمراض الصدرية والأمراض الطفيلية، بالإضافة إلى عدم توفر الأجهزة الطبية اللازمة لمواجهتها. ونلاحظ من خلال دراسة أجريت مع ٢٧ طبيبًا للكشف على أحد الأطفال المصابين بالتهاب صدرى حاد، وهو من أهم الأمراض المسببة لوفيات الأطفال بعد الإسهال، وجود ١٢ رأيًا مختلفًا بينهم، أما التسعة الباقون فلم يتمكنوا من إبداء رأى محدد. وأمام عدم القدرة على التصرف، يقرر ٢٣ طبيبًا منهم إرسال الطفل إلى إحدى المستشفيات، ويقرر اثنان آخران عودته إلى المنزل، فى حين أن الاثنين الأخيرين جهلا كيفية التصرف. كما لوحظ فشلهم جميعًا فى إجراء فحص للحنجرة، وميلهم بشدة إلى الإفراط فى إعطاء المضادات الحيوية(٤٤). تظهر مثل هذه الدراسة التى أجريت على أطباء شبان، انعدام الخبرة الناتجة عن الاعتماد على الجانب النظرى، واتباع أسلوب الحفظ أثناء الدراسة، علاوة على الجهل بالحقائق المرضية على أرض الواقع، مما يشعرهم بعدم الثقة والتذبذب فى الممارسة.

"نوع سيىء من المرضى"

يندر وجود الجانب الإنسانى فى الممارسة الطبية فى مجمل القطاع الصحى العام، بما فى ذلك الوحدات الصحية فى الأوساط الريفية. فبالرغم من إنشاء الهياكل فى قلب التجمعات الريفية، إلا أن السلك الطبى الشاغل لهذه الوظائف لا ينشغل بالتحرك خارج حدود تلك الوحدات، للتوجه إلى السكان المحليين وزيارتهم فى المنازل، لنشر الثقافة والتربية الصحية، بالرغم من الاحتياج الشديد لذلك، فساعات العمل الرسمية بالوحدات الصحية تبدأ من الثامنة والنصف صباحًا إلى الواحدة ظهرًا، لكنها تتقلص فى الواقع، نظرًا لتأخر الطبيب فى المجىء حتى العاشرة صباحًا، حيث يباشر العلاج لحوالى ٣٩ حالة فى تلك الفترة المحدودة(٤٥)، بما يعنى ست دقائق لكل مريض، أما فى الأيام المزدحمة فإن هذه الفترة تقل إلى

دقيقتين لكل مريض[٤٦]. وفى مثل هذه الظروف تنحصر المقابلة فى بعض الأسئلة السريعة التى يسألها الطبيب قبل أن يكتب الروشتة، دون توضيح لطبيعة المرض ولأسلوب العلاج.

تنحصر المشكلة الأساسية فى العلاقة بين الطبيب والمريض، والتى تتمثل فى عدم القدرة على التواصل والتفاهم المشترك، فالمريض الأمى يشعر بالدونية أمام شخصية الطبيب، والطبيب يشعر باغتراب أمام هذا العالم الغريب الذى لا يربطه به أى رابط اجتماعى أو ثقافى، وهى هوة أكبر بكثير من مثيلتها فى الدول الغربية[٤٧].

يفشل الفلاح فى التعبير عن آلامه، ويستدعى مخزونه الثقافى للكشف عنها، فيعبر مثلا هكذا (أخذت برد فى معدتى)، وأمام هذا الفقر اللغوى والتعبيرى يفقد الطبيب صبره فى كثير من الأحيان، ويخشى أن يفقد مشروعيته العلمية أمام هذه المفردات، بل ويفضل حفاظا على سلطته، وربما بسبب عدم ثقته بنفسه، ألا يكشف عما توصل إليه من تشخيص، خاصة وأن تسمية المرض باسمه الحقيقى مكروهة فى الثقافة السائدة وأحيانا ينظر إليه كفأل سيئ، وأحيانا يستخدم الطبيب مصطلحات معقدة، مما يزيد من اتساع تلك الهوة وعدم التواصل بينه وبين المريض.

فى مثل هذه الظروف يتقلص دور الوقاية الذى كان يجب أن يأخذ حجمًا أكبر من ذلك، فالطبيب من جانبه لا يحبذ مثل هذه الأعمال التى يعتبرها روتينية وقليلة القيمة، ولا ترتبط كثيرا بمهنة الطب ذاتها، فدور الطبيب فى شرح قواعد النظافة العامة، أو أفضل طريقة لرضاعة الطفل، كلها أعمال يحاول تجنبها وإسنادها إلى المعاونين له من ممرضات، وهن يحاولهن أيضًا التنصل منها. كما تفتر جهود الأطباء الوقائية أمام عدم مبالاة الجمهور، فبعكس أفراد الطبقات العليا فى المجتمع الذين يهتمون بالوقاية من الأمراض، نجد الطبقات الأدنى والأقل حظا، الذين يجهلون قراءة الأعراض الأولى للمرض، يتعاملون كحادث فجائى غير مرئى[٤٨].

الخدمة المدنية الإجبارية

ارتبط إنشاء الشبكة الصحية الريفية عام ١٩٦١، بمنع الأطباء المعينين في هذه الوظائف من الجمع بينها وبين مزاولة المهنة على المستوى الخاص، وقد كانت هذه المزاولة الخاصة هي سمة تلك المهنة منذ وجودها، وهي نفسها التي كانت وراء نجاح الأطباء في الأقاليم.

استهدف هذا المنع تغيير طبيعة هذه المهنة وإضفاء بعد اجتماعي وخدمي عليها، ففي إطار دولة قومية اصطبغت مهنة الطب بهالة تبشيرية، حيث حملت لواء إدخال محاسن المدنية إلى أعماق المجتمع المصري، وهكذا قررت مصر، التي نالت استقلالها حديثًا، أن تنشيء خدمة مدنية إجبارية في إدارات وزارة الصحة والهياكل التابعة لها، تطبق على جميع خريجي كليات الطب الذين استفادوا من مجانية التعليم في جامعاتها، باستثناء الذين يكملون دراسات عليا في أحد التخصصات، وهكذا يجدون أنفسهم وفق قرارات إدارية صارمة، معينين في إحدى المناصب العامة سواء في المدن أو القرى، دون الأخذ في الاعتبار الجذور الجغرافية لكل واحد منهم.

كانت مدة الخدمة المدنية العامة في البداية سنتين. نظرًا لقلة عدد الخريجين، ومع تزايد أعدادهم تقلصت المدة لتصبح سنة ثم ستة أشهر، على هذا النحو تم شغل الوظائف في الوحدات الصحية من خلال الخدمة العامة الإجبارية، وهذا يفسر عدم استمرارية هؤلاء الموظفين في هذه الوظائف. أرسل الرجال إلى الوظائف بالريف، في حين عينت النساء غالبًا في الوظائف المتوفرة بالمدن (مراكز الطفولة والأمومة، طبيبات بالمدارس أو المستشفيات العامة)، وفي أسوأ الحالات كان يتم تعيينهن في وظيفة بأحد المراكز بالدلتا، وعندما كانت تتعارض الخدمة العسكرية الإجبارية ــ بالنسبة للرجال ــ مع الخدمة المدنية العامة، كنا نجد الكثير من الوحدات الصحية خالية من الطبيب المعين، نظرا لأدائه للخدمة العسكرية في الوقت ذاته.

وتعد الخدمة العامة الإجبارية بالنسبة لكثير من الأطباء واجبًا قاسيًا وبلا فائدة، نظرًا لكل السلبيات التى اشرنا إليها والمرتبطة بالعمل فى الأرياف، إذ يعتبرها المضطرون إليها بمثابة منفى إجبارى، يتعلمون فيه كيفية كتابة شهادات الوفاة، أو القيام بأعمال بلا أهمية تستطيع أية ممرضة القيام بها، وبالتالى يعتبرونها فترة ينسون خلالها كل المعلومات التى تعلموها أثناء الدراسة.

انتشرت الاستثناءات والمخالفات القانونية للهروب من أداء الخدمة المدنية العامة، وكانت الأولوية فى الاستثناءات تعطى للمتزوجين، علاوة على الانتشار الواسع للواسطة كوسيلة للالتفاف على أداء الخدمة، أما أولئك الذين لم يجدوا وسيلة من تلك الوسائل فالغياب كان من أدوات المقاومة الأكثر شيوعًا، فالكثير من الأطباء المعينين لدوام كامل فى الوحدات، لا يتواجدون إلا لمرة واحدة فى الأسبوع، وبهذه الطريقة تم تفريغ النظام الصحى الريفى، إحدى غرائب النظام الصحى المصرى، من محتواه، فقد هجره الأطباء، ولم يجد فيه المرضى الخدمة الصحية المرجوة.

أمام هذه الخريطة السلبية اضطرت الدولة عام ١٩٨٥ إلى أن تتشدد فى شروط أداء الخدمة المدنية العامة، فتزايدت الضغوط لاسيما على الفتيات. ففى عام ١٩٨٤ كان هناك ٤,٣٨١ خريجًا من كليات الطب المصرية، منهم ١,٥٨٣ فتاة و٢,٧٩٨ فتى، استدعى منهم ٢,١٠٠ لأداء الخدمة العسكرية، وتزوج منهم ٧٩٠، فلم يتبق منهم سوى ١٠٨ فتيان صالحين لأداء الخدمة المدنية، فى مقابل ١,٥٨٣ فتيات[٤٩]، فاستدعيت الفتيات للمشاركة فى أداء الخدمة الوطنية، والسفر إلى محافظات جنوب مصر لشغل الوظائف الخالية فى الوحدات الصحية بها، مثل المنيا وأسيوط وقنا وسوهاج وأسوان، أما بقية المحافظات البعيدة مثل البحر الأحمر والوادى الجديد وسيناء فقد أرسل إليها الأطباء المعفيين من الخدمة العسكرية، ورفعت الدولة الأجور بنسبة ٣٠% ، أى ١٥ جنيهًا (حوالى ٢٥ فرنك)، وأعلنت وزارة الصحة أن الإدارة لن تقبل أى مخالفات، أو تجاوزات قانونية، أو اعتذارات

دون أسباب مقبولة، فقد أدت تلك الوساطات والتجاوزات إلى خلـل فـي التوزيـع الجغرافى للأطباء، فنجد تزايدًا فى منطقة القاهرة والدلتا ونقصًا حادا فى الـصعيد، وصاحبت تلك القرارات الحديثة التى أعلنتها وزارة الصحة فى يناير ١٩٨٥، بناء على اقتراح من نقابة الأطباء، السماح مجددًا للأطباء العاملين فى الوحدات الريفية بمزاولة المهنة الخاصة بعد ساعات العمـل الرسـمية، فيمـا يعـرف "بـالعلاج الاقتصادى" داخل هياكل وزارة الصحة ذاتها.

لم تؤد تلك القرارات إلى ردود أفعال تذكر، بالرغم من أن إصلاح شـروط العمل الخاصة بالأداء الإجبارى قد خففت من الظلم الواقع على المهنة، ويرجع ذلك إلى الاستياء الذى صاحب تكليف الفتيات بالعمل فى المناطق النائيـة بعيـدا عـن أسرهم.

ومما لا شك فيه أن هذه الإصـلاحات وردود الأفعـال المـصاحبة لهـا، أوضحت حجم المشكلة، فهناك من يرى أن ذلك سيزيد من الوساطة والتجـاوزات القانونية، ويرفض مفهوم العمل الإجبارى كحل للمشكلة، ومن جهة أخرى فإن كل تلك المحاولات الإصلاحية إنما تظهر مدى عمق مشكلة توفير الخدمات الـصحية فى الريف نظرًا لهجر الأطباء لمثل هذه الهياكل الصحية.

بعد أن كان المشروع الطبى يقوم بالأساس على مبادرات الأطباء، أصـبح بعد الثورة قائمًا على قدرات الدولة وإمكانياتها فقط، مما غير من دور الطبيب الذى أصبح أداة من أدوات الدولة فى التأثير ونشر مفهومها عن التقدم، فهـذه المفـاهيم الجديدة التى تتأسس عليها الدولة غيرت تمامًا مـن الوضـع الاجتمـاعى للمهنـة وشروط عملها، من خلال تعميم منطق الوظيفة وفقدان منطق العمل الحر، مما أدى بهؤلاء الشبان لرفض مفهومى الصحة العامة والعمل بالأرياف، والبحث عن كيفية العودة إلى الليبرالية والتنقيب عن أفق جديد للعمل يتيح لهم التوفيق بـين رسـالتهم ووضعهم الاجتماعى.

الهوامش

(١) جمال عبد الناصر "الميثاق الوطنى" خطب ولقاءات عبد الناصر، الاستعلامات القاهرة ١٩٦٢ ص ٣٣٥.

(2) R. Springborg, "Professional Syndicates in Egyptian Politics, 1952-1970", International Journal of Middle East Studies, 9 (1978), p. 283.

(٣) – إن الانتقادات الموجهة إلى مستوى تعليم الطب فى مصر تتجاوز نطاق السلك الطبى ذاته حيث يشترك فيها المجتمع المصرى بأكمله. انظر ايمان فرج " الجامعة المصرية " المنشورة فى مغرب – مشرق عدد ١٢٧ ص ٦٥-٨٣.

(4) E. Freidson, La profession médicale, Paris, Payot, 1984, p. 15.

(5) W.G. Rothstein, American Physicians in the 19th Century. From sects to science, John Hopkins UP. Baltimore and London, 1972.

(6) J. Leonard, Les médecins entre les pouvoirs et les savoirs. Paris, Aubier Montaigne,

(٧) نجيب محفوظ "قصر الشوق" ترجمة

Ph. Vigreux, Paris, J.C. Lattés.1987, p. 75

(8) L. Binder, In a moment of enthusiasm, Political Power and the second Stratum in Egypt, University of Chicago Press, Chicago and London, 1978.

(9) C.H. Moore, I'mages of Development. Egyptian Engineers in Search of Industry, the MIT Press, Cambridge. 1980, P. 45.

(10) I. Butter et A. Mejia, «Trop de médecins!», Forum mondial de La Santé, Vol. 8, 1987. p. 542.

(11) M. Arliaud, Les médecins, Paris, La Découverte, 1987.

(12) Anne-Marje Moulin, «La profession médicale dans les pays arabes: vues historiques à long et à court termes», Médecins et protection sociale dons le monde arabe Cahiers du CERMOC n° 5, Amman, 1993, p. 228.

(13) M. Arliaud, Les médecins. Paris, La Découverte, 1987, p. 104.

(14) Soheir A. Morsy, "Islamic Clinics in Egypt : The Cultural Elaboration f Biomedical Hegemony", Medical Anthropology Quarterly, Vol. II, n° 4,Décembr 1988, p. 264.

(15) C.H. Moore, op. cit., p. 15.

(١٦) جريدة الشعب ٢٩/٧/١٩٨٦.

(17) P. Bourdieu et L. Boltanski, «Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction», Actes de La recherche en sciences sociales. n° 2. 1975, p. 95.

(١٨) تعبر هذه المبادرة أيضا عن الرغبة فى التصدى للتيار الإسلامى صاحب الأغلبية فى مجلس نقابة الأطباء منذ ١٩٨٤ من خلال اقتراح نفس الخدمات الاجتماعية ومساندة الأطباء الشبان

(١٩) تعتبر محافظة الجيزة من ضمن ثلاث محافظات القاهرة الكبرى.

(٢٠) الأطباء عدد ١٠٣، ١٩٨٩ ص ٤٩.

(٢١) لم يعط تحليل الاستبيان للأسف فكرة عن عدد الأطباء الذين شاركوا فيه، " الأطباء عدد ١٠٤ يناير ١٩٨٩ ص ١٨-١٩.

(٢٢) المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ١٩٥٢-١٩٨٠ : الصحة ص٧٦.

(٢٣) المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ص ٨١ و٨٣.

(24) Ibid., p. 68

(٢٥) الأطباء عدد ١٠١، ص ٢٣

(٢٦) د. الجوادى "الصحة والطب والعلاج فى مصر" جامعى الزقازيق ١٩٨٧.

(٢٧) تقرير المعونة الأمريكية عن التطور الصحى فى مصر، قطاع فى مرحلة انتقالية، يونيو ١٩٨٢.

(٢٨) د. الجوادى ص ٨

(29) Ibid., p. 12

(٣٠) الفئة التى سنتكلم عنها هنا هى فئة الممرضات، ولكن يمكننا اعتبار أن كافة المهن المساعدة فى الطب لديها قواسم مشتركة وقضايا واحدة (العاملين الفنيين فى المعامل والمساعدين الصحيين ورجال الإسعاف).

(31) Voir J. Knittel, Le docteur Ibrahim, Paris, Albin Michel, 1947 et T. al-Hakim, Un substitut de campagne en Égypte, Paris, Plon, 1982

(٣٢) نشهد جهودًا كبيرة لتحسين صورة المهنة من خلال وسائل الإعلام منذ عدة سنوات وبالأخص من خلال بث أفلام وثائقية عن المهنة والتأهيل لها.

(٣٣) الأهرام ١٩٩٣/١٠/٢٠

(٣٤) الأهرام ١٩٩٣/١٠/٢٠

(35) Clayton Ajello, Baseline skills, Knowledge survey, USAID, mars 1981, p. 43.

(36) Strengthening rural Health service Delivery project, Diarrheal Disease Control Study, Ministère de La Sante, Le Cairé, Avril 1982, p. 33.

(37) H.S. Becker et alii, Boys in White, Student Culture in Medical School, Chicago, University of Chicago Press, 1961, p. 224.

(38) Ibid., p. 225.

(٣٩) تقرير عن الصحة ص ٥٥

(٤٠) تقرير عن التطور الصحى، قطاع فى مرحلة انتقال ص ١٥

(٤١) يتعلق الأمر بالاجر الأساسى الذى نضيف عليه فيما بعد العلاوات والحوافز التـــى تشكل ٥٠% من القيمة الأساسية.

(٤٢) د. محمد شحاتة "التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر" نوفمبر ١٩٨٥.

(43) Results of the Health System Questionnaire administered by the Ministry of i Arab Republic of Egypt, at 132 Rural Health Centers and Units.March-April1978.A Reference Manual,Cairo University/Massachusetts Institute of Technology, MIT/Cairo University Health Care Delivery Systems Project, May 1980.

(٤٤) الالتهابات الحادة التى تصيب الجهاز التنفسى دراسة حـــالات بمحافظـــة ســـوهاج. مصر. يوليو-أغسطس ١٩٩٠. كلية طب الأزهر. مشروع بقاء الأطفال على قيـــد الحياة. وزارة الصحة-اليونيسيف.

(٤٥) المسح الاجتماعى ص ١٤٧

(46) T. al-Mehairy, Medical Doctors. A Study of Role Concept and Job Satisfaction. The Egyptian Case, Leiden, Brill, 1984, p. 134.

(47) L. Boltanski, «Les usages sociaux du corps», Annales ESC, n° 1 janv-fév. 1971, p. 212-215.

(48) L. Boltanski, art. cit. p. 218.

(٤٩) ارقام مذكورة فى أخبار اليوم ١٤/١٢/١٩٨٥

الفصل السابع

إعادة تشكيل أنماط العمل

إن سيطرة الدولة شبه الكاملة على القطاع الصحى لم تكن إلا ظاهرة وقتية، ولكن ظلت قضية القدرة الشرائية للمرضى تطرح نفسها فى ظل الأزمة الاقتصادية للبلاد، كما أن الدولة حين أعادت النظر فى سياستها بالعودة إلى الاتجاه الليبرالــى، لم توفر فرصًا حقيقية لتغيير الوضع الاجتماعى للأطباء، وبالتالى كان لزامًا عليهم أن يبحثوا بأنفسهم عن سبل النجاح خارج سيطرة الدولة، مما ساعد علــى تنميــة الاتجاهات الفردية فى ممارسة المهنة، بديلا عن الاهتمــام بالجانــب الاجتمــاعى الخدمى.

نحو سياسات ليبرالية فى مجال الصحة

الانفتاح: إطار جديد لليبرالية

حين دخلت مصر الحقبة البترولية العربية، سرعان مــا قامــت بمراجعــة أيديولوجيتها وسياساتها التى اتبعتها لثلاثة عقود.

فلا يمكن إنكار الانتعاش الذى حدث من جراء تدفق الأموال من الخــارج، سواء أموال العمال المصريين العاملين فى الدول العربية النفطية، أو من السياحة، أو من المعونات الاقتصادية الخارجية، أو من تصدير البترول. هذا الانتعاش، وإن كان انتعاشا هشًا، إلا أنه أثر على كل القطاعات الاقتصادية فى البلاد.

تواكبت تلك الفترة مع ما يسمى بمرحلة الانفتاح الاقتصادى، التـــى عملـــت على استغلال كل تلك المصادر الجديدة، بالإضافة إلى فتح البلاد أمـــام التـــدفقات الاقتصادية الغربية، وهكذا تميزت هذه المرحلة بنشاط كبير فى مجال المضاربات، وبظهور رأسمالية جامحة واستهلاكية، لم تنجح فى بلورة اقتصاد وطنى.

ومن جهة أخرى ولدت سياسة الانفتاح فى كل قطاعـــات المجتمـــع عمليـــة حراك اجتماعى كبير، أدت إلى تفاوتات كبيرة داخل الكيان الاجتماعى، ممـــا أدى بدوره إلى تعميق التوترات الاجتماعية/السياسية، ليهدد اســـتقرار النظـــام بأكملـــه، فشهدت البلاد سلسلة من الإضرابات منذ إطلاق هذه السياسة، بالإضافة إلى اغتيال الرئيس السادات عام ١٩٨١، مما كشف عن التوترات والتناقضات الناتجة عن هذا النظام، بل وأظهر حدوده أيضا، وهكذا اتجهت سياسة نظام حـــسنى مبـــارك إلـــى التقليل من تلك التوترات لتستوعب الفئات الاجتماعية المتضررة من هذه العمليـــة، مع الاحتفاظ بالأهداف الرئيسية لمنطق الانفتاح.

نستطيع القول بشكل محدد إن سياسة الانفتاح اختـــارت تحريـــر الاقتـــصاد المصرى، وهى عملية تمت بإشراف صندوق النقد الدولى والدول الدائنة لمـــصر. ففى مجال الصحة، وهو مجال شديد الحساسية نظرا للتبعات الاجتماعية المرتبطـــة به، نجد أن رفع أيدى الدولة عنه صاحبه محاولة لتحسين خدمات القطاع الـــصحى العام. ومن أجل خدمة الجمهور الأكثر تضررًا من الأزمة الاقتصادية، أعيد النظر فى الدعم على المواد الغذائية، ومجانية التعليم، من خلال إعـــادة توزيـــع مـــوارد الدولة. وكان المبدأ الجديد يقوم على أساس أن الدولة غير قادرة على تمويل كـــل شىء، وان على القادرين المساهمة فى التكاليف، فالمجانية المطلقة لم تعد ممكنـــة، والدولة ستساعد فقط الفئات الأكثر احتياجًا.

إن الأطفال الفقراء من أكثر الفئات التى تستحوذ علـــى اهتمـــام الـــسياسات الصحية، لكن بالرغم من وجود نظام صحي قديم ومنتـــشر بطـــول الـــبلاد، إلا أن وفيات الأطفال بمصر كانت لا تزال تعد من أعلى المعدلات فى العالم حتى عـــام

١٩٨٠. وفى عام ١٩٨٩ قدرت اليونيسيف أن هناك ١٢٩ حالة وفاة بين كل ١٠٠٠ طفل فى مصر(١)، وهذا الرقم يقترب من الوضع فى العديد من الدول الإفريقية، وهو وضع أصبح غير محتمل، ولذا لاقى التشدد فى السياسات الصحية والتركيز على جماعات محددة مثل الأطفال قبولا كبيرًا وسط الهيئات الدولية.

فى عام ١٩٨٨، وإثناء مناقشة مجموعة عمل تابعة للأمم المتحدة لمشروع اتفاقية حول حقوق الطفل(٢)، افتتح حسنى مبارك فى مصر "المجلس القومى للطفولة والأمومة"، الذى يهدف إلى التنسيق ونشر المبادرات الخاصة لصالح الأطفال ولاسيما فيما يتعلق بقضايا الصحة، وأعلن الرئيس المصرى أن الفترة (١٩٨٩ – ١٩٩٩) هى عقد تنمية الطفل المصرى، على أن يتم خلاله تحقيق تسعة أهداف رئيسية، خمسة من هذه الأهداف تتعلق بتحسين الشروط الصحية. ولكن من خلال سير العمل تتضح الحاجة لمزيد من العقود لنجاح مشاريع تنمية الطفولة، أما النجاح الرئيسى الذى تحقق فى هذا المجال فقد كان الارتفاع الكبير جدا فى حملات التطعيم لمواجهة ستة أمراض قاتلة (شلل الأطفال، الحصبة، التيتانوس، الدفتيريا، السل، السعال الديكى) مما أدى إلى تراجع معدل وفيات الأطفال إلى ٦٠ طفلا لكل ١٠٠٠ طفل(٣)، ويرجع الفضل لهذه المعدلات الإيجابية إلى البرامج الموسعة لحملات التطعيم، التى أطلقتها منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٤، والتى تطورت بشكل ملحوظ عام ١٩٨٥، واستهدفت تطعيم كل أطفال العالم بحلول ١٩٩٠، فنالت المنظمتان مساعدات دولية مهمة فى هذا المجال.

تعتبر المبادرة التى أعلنتها الدولة "عقد تنمية الطفولة" بمثابة محاولة من الدولة للحفاظ على بعض من مشروعيتها، كى تجد المعادلة المناسبة أمام تنصلها التدريجى من أيديولوجيتها ووظيفتها السابقة، وعلى أية حال فإن البرامج الصحية التى تبنتها مثل هذه السياسات لم تغير من وضع السلك الطبى، فقلة الميزانيات حالت دون مضاعفة تلك الهياكل، وبالتالى إلى عدم توفير وظائف جديدة، كما أن

الأطباء العاملين فى القطاع العام، وهم المنوط بهم وحدهم تنظيم وتوسيع الحملات الخاصة بالتطعيمات ونشر سياسات وقائية، لم يكونوا بالضرورة متحمسين لها.

تتركز وجهة النظر الأخرى المتعلقة بسياسات الصحة، والتى تهـدف إلـى تعويض الآثار السيئة للانفتاح، حول تطوير التأمين الصحى. فقد تم توسيع غطـاء التأمين الصحى عام ١٩٦٤. بعدما كان محددًا فى إطار حوادث العمل والأمراض المهنية فقط عند إنشائه عام ١٩٣٦، ونلاحظ أن هناك تناقضًا بين إقامـة الـشبكة الصحية الريفية المجانية، وبين نظام التأمين الصحى الذى استهدف فئة المـوظفين وعمال القطاع الصناعى دون الفلاحين، وذلك منذ إنشائه عام ١٩٣٦ وعند تطويره عامى ١٩٦٤ و١٩٧٥.

فى إطار من الليبرالية يعتبر التأمين الصحى أفضل حل متوسط المدى بـين القطاعين العام والخاص، بل وتبحث السلطات السياسية حاليا فى إمكانيات توسـيع نطاق تطبيقه ليستفيد منه كل السكان، ولكن تعميم هذا النظـام التـأمينى يـصطدم ببعض المعوقات، فإدارته تخضع للتأمين الصحى العام التـابع لـوزارة الـصحة، المنوط بها تطوير هياكلها الخدمية، وعليه فإن توزيع نسبة المستفيدين والمعـدات إنما يصطدم بدوره باختلال كبير على مستوى المحافظات بعضها البعض، فالقاهرة والإسكندرية ـ رواد تطبيق نظام التأمين الصحى ـ يتركز بهما أكثر مـن ثلثـى المستفيدين والمعدات، فى حين أن هناك مناطق تفتقر للهياكل الـصحية المرتبطـة بالتأمين الصحى[٤]، فبسبب ضعف الأجور، وخاصة فـى القطـاع العـام، تظـل الأقساط المستقطعة للتأمين الصحى ضعيفة نسبيا وغير كافية لتوسـيع الخـدمات والمعدات بطريقة مناسبة.

ومن جهة أخرى يجب على التأمين الصحى أن يواجه الخلل الموجود فـى نظام الأقساط التى يتبعها، ليتلاءم مع الواقع المصرى، فالتأمين الـصحى تاريخيـا يعمل على أساس النشاط المهنى للأفراد، بالإضافة إلى مستوى أجورهم، فى حـين تعتبر تلك القياسات غير ملائمة مع الواقـع الاجتمـاعى والاقتـصادى للمجتمـع

المصرى الأكثر تعقيدًا، فالنشاط المهنى للنساء فى الحقيقة لا يقدر حق قدره، أما الأطفال الذين يمثلون نسبة ١٠% من الفئة العاملة، فيعملون بطرق غير قانونية، بالإضافة إلى أن المصريين وخاصة الموظفين منهم يجمعون بين أكثر من عمل، ولا يدخل ذلك فى تحديد قيمة الأقساط، ومن جهة أخرى فإن تحديد الأقساط بناء على أجر ثابت، إنما يستبعد طائفة العاملين فى وظائف مؤقتة، أولئك الذين يعيشون فى ظروف شديدة الصعوبة، كما يستبعد الذين يعملون فى القطاعات غير الرسمية، وهم فى زيادة مستمرة.

يواجه التأمين الصحى صعوبات حقيقية للوصول إلى الفئات الأقل حظوة، وهم الذين يعانون من معوقات الدولة فيما يتعلق بتقديم خدمة مجانية ذات مستوى طبى رفيع، والذين قد يجدون أنفسهم قريبًا بلا حماية فى مواجهة المرض. وأخيرًا فإن ارتباط التأمين الصحى بالقطاع العام إنما يعيق حركة تطوره، حيث لا تغطى صناديق التأمين إلا الأقساط الخاصة بالأنشطة التابعة للمؤسسات العامة، أو للمؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام، فالتأمين الصحى يتبع أسلوب عمل القطاع العام مما ينتج أيضًا المعوقات والمشاكل نفسها، كالميراث البيروقراطى الإدارى، ونقص الميزانيات التى تحول دون تطوير المعدات، مما يؤدى إلى المشاكل ذاتها التى يعانى منها القطاع الصحى العام، ولذلك لجأ الكثيرون ممن يشملهم التأمين الصحى إلى حلول خارجية كالتوجه إلى القطاع الخاص، كما أن التأمين الصحى داخل إطار القطاع العام لا يساهم فى تطوير الطب الليبرالى. فى هذا السياق لا يمكن الإقرار بنجاح هذا النظام فى مصر، حيث إنه يساهم فى رفع التكاليف دون رفع المستوى الطبى، ويعتقد الأطباء من جانبهم أن هذا النظام سيؤدى إلى عودة ممارسة الطب الخاص، من خلال رفع المستوى المالى للمرضى، إلا أن الصيغ التنظيمية التى تصاحب السياسات الليبرالية فى المجال الصحى لا تخلق الديناميكية المطلوبة التى يطمح إليها الأطباء، والتى ستسمح لهم بالخروج من الكادر الوظيفى العام غير المرغوب فيه.

أول مظاهر الانفتاح فى المجال الصحى

المستشفيات الاستثمارية

جاء قانون ٤٣ لسنة ١٩٧٤ الخاص بالاستثمارات العربية والأجنبية، ليطلق العنان للقطاع الخاص فى المجال الصحى، بعد ما كان مسيطرًا عليه من قبل مؤسسات القطاع العام.

سمحت هذه الخصخصة فى المرحلة الأولى على الأقل بإنشاء مستشفيات خاصة تسمى استثمارية، مجهزة بتجهيزات عالية التقنية تتبع أسلوبًا علميا حديثًا فى إدارة المؤسسات الصحية، هذا الانتشار السريع تلبية للاحتياجات الجديدة، خاصة بالنسبة للفئات الثرية، ساعد على تثبيت أقدام هذه الوحدات التى تقدم خدمات طبية متخصصة ومتطورة، لم تكن الدولة قادرة على تقديمها. كان الانفتاح يهدف إلى السماح بتأسيس مثل هذه المؤسسات الخاصة، ذات المستويات الرفيعة التى يمكن أن تقارن بمثيلاتها الغربية، لتقليل السفر للعلاج بالخارج من ناحية، ولجذب عرب الخليج واسترجاع الأطباء الذين سافروا إلى الخارج من ناحية أخرى.

يوجد الآن حوالى ٢٠ مستشفى استثماريا متفاوتة المستويات، فبعضها مؤسسات كبيرة ذات استثمارات متنوعة، مصرية وأجنبية وخاصة، وأخرى أكثر تواضعًا ذات رأس مال محدود، يتراوح رأس المال فيها من ٣٠٠ ألف جنيه إلى ٢٠ مليون جنيه، وبقدرات تتراوح من ٥٠ إلى ٨٠٠ سرير، كما تتباين أسعار الخدمات الطبية فيها، فقيمة غرفة فردية فى مستشفى مصر الدولى تتراوح بين ٥٥ و٦٥ جنيهًا، فى حين أن الغرفة بمستشفى المقاولين العرب تصل إلى ٥٣٠ جنيهًا.

واجهت هذه المستشفيات صعوبات عديدة بعد مرور عقدين على بدء عملها، بل إن العديد منها يعاد التفكير فى جدواها كمشروع، خاصة وقد شهدت الساحة عددًا من الفضائح المدوية.

فبالرغم من التسهيلات الممنوحة لتلك المؤسسات الخاضعة لقوانين الانفتاح، إلا أن إداراتها الخاصة تواجه العديد من المشكلات في مجال الاستثمارت، والقيام بأعمال الصيانة اللازمة للمعدات، ناهيك عن تحقيق الأرباح المرجوة. فمستشفى السلام بالمعادى تعد مثالا واضحًا فيما يتعلق بسوء الإدارة، فقد تأسست المستشفى عام ١٩٨١، باستثمارات تصل إلى ٣١ مليون دولار، إلا أنها سجلت عجزا وصل إلى ٢٠٠ مليون جنيه عام ١٩٨٨[٥].

وفى هذه المستشفيات الاستثمارية يعتبر بند الأجور من أكبر البنود المالية، مثله مثل القطاع العام، وإن كان بالنسبة لهذا الأخير يذهب لتغطية أجور عدد كبير من الموظفين، فإنه لدى القطاع الخاص يهدف إلى توفير مستوى مرتفع من الدخول للأطباء والإداريين. فمتوسط الأجر لطبيب قطاع عام يتراوح بين ٨٠ و١٠٠ جنيه فى الشهر، بينما يمكن أن يتقاضى طبيب المستشفيات الاستثمارية أجرًا يصل إلى ٥٠٠٠ جنيه فى الشهر، ولذلك يخصص مستشفى السلام بالمعادى ٤ ملايين جنيه شهريا للأجور.

وقد أدى هذا العجز المالى إلى ظهور مشاكل فى الإدارة، وفى عمليات صيانة المعدات، بالإضافة إلى تجميد الاستثمارات، مما يهدد استمرارية وتجديد تلك المعدات.

تفتخر هذه المستشفيات بامتلاك معدات حديثة وعالية التقنية، مما يتطلب وجود فنيين أكفاء لتشغيلها، ولكن تجب الإشارة إلى أن النظام الطبى المصرى لم ينجح بعد فى توفير أعداد كافية منهم.

بالإضافة إلى أن أسعار الخدمة فى هذه المستشفيات عالية ولا يقوى عليها إلا الأقلية، فمازال العرض يفوق الطلب، ونسبة الإشغال فى مستشفى السلام المعادى ٣٠%، لذا يسعى المدراء وأصحاب رأس المال إلى دعوة واجتذاب السفارات والهيئات الأجنبية لضمان عملاء ميسورين، وتعمل المستشفى على مدة إقامتهم فى الكثير من الأحيان.

وأخيرًا فبالرغم من تعدد جهات التمويل وأصحاب رأس المال، إلا أن الأطباء هم من على رأس الهيئة الإدارية، مما يعرضهم لانتقادات كثيرة تتهمهم بالعمل لتلبية مصالحهم الشخصية، دون الاهتمام بالخدمات المتوفرة، وبالميل إلى اختيار الأطباء العاملين من داخل شبكة المعارف المغلقة، أى من داخل الصفوة الطبية. كما أن هذه المستشفيات لا تساهم فى حل مشكلة البطالة لدى الأطباء الشبان، ففى مستشفى الفيروز، الذى افتتح عام ١٩٨٨ بمبادرة من ٩ أطباء (ثلاثة منهم من عائلة واحدة)، نجد أن الـ٩٣ طبيبًا العاملين بها كلهم من الأساتذة أو الأساتذة المساعدين بكلية الطب.

يمكن القول إن هذه المستشفيات لم تحقق الآمال المرجوة منها، فمن ناحية لم ينخفض عدد المرضى الذين يذهبون إلى الخارج للعلاج، ومن ناحية أخرى ساهمت المشكلات التى واجهت هذه المستشفيات فى النظر إليها باعتبارها استثمارات تجارية أكثر منها مستشفيات علاجية، ولذلك أصدرت الدولة القانون ٥١ لسنة ١٩٨١ الذى يحدد وينظم هذه المؤسسات العلاجية، وأنشأت جهازًا للمراقبة يتبع وزارة الصحة، ليحد من النزاعات التجارية البربرية فى هذا المجال الإنسانى.

تدعم هذه المؤسسات الوضع الاجتماعى للصفوة الطبية، فنجاح هذه الصفوة مرتبط ارتباطًا وثيقًا بوجود هذه المستشفيات، لتدخل مجددًا فى مثلث الكلية/المستشفى الجامعى /المستشفى الخاص. ومن جهة أخرى لم تساهم سياسة الانفتاح فى تحسين وضع الأطباء الشبان، إلا فيما يتعلق بالجمع بين العمل العام والخاص، دون توفير الشروط المادية لتحسين العمل الخاص، وبالتالى يقع على عاتق الأطباء وحدهم مهمة إيجاد الصيغ التى تسمح لهم بالتواجد فى المجال الطبى المتخم بالتوترات الاجتماعية، وذلك فى نظام يشجع على الحلول الفردية، مما يدفع البعض إلى اللجوء للحلول الدينية.

إسلام ، علم وطب حديث

أسلمة المجتمع المصرى

تمر مصر منذ حوالى عقدين بـ "صحوة إسلامية"، حيث تتغلغل الأيديولوجية – أو للدقة أيديولوجيات متعددة – فى القطاعات الاجتماعية والاقتصادية بالمجتمع. فبالنسبة لـ"حسن البنا" – مؤسس الإخوان المسلمين عام ١٩٢٨ – تعلق الأمر بالعودة إلى الجذور الأولى للإسلام النقى من خلال تطبيق الشريعة، وهناك اليوم جماعات أخرى أكثر تشددًا تجاوزت حركة "البنا"، لتعبر عن نفسها باستخدام العنف، ووجدت فى المرحلة الأولى جمهورًا متعاطفًا معها من الطلاب الجامعيين الذين يواجهون مستقبلا قلقًا، وبالرغم من تنوع تلك التيارات السياسية المتحدثة باسم الإسلام إلا أنها تتفق جميعها على قلب نظام الحكم الحالى، غير الشرعى من وجهة نظرهم، وإحلال نظام إسلامي بديلا عنه.

يستدعى النظام بدوره "الدين" ليضفى شرعية على وجوده، حيث يبحث هذا الإسلام الرسمى سبل مواجهة وعرقلة الإسلام المتمرد عليه، وتحت ضغط المزايدة باسم الإسلام من قبل الحركات الإسلامية، تصبح المرجعية الإسلامية جواز مرور إجبارى، بمعزل عن صفة المتحدث أو عن الخطاب السياسى[٦].

فى قلب السلك الطبى نجد المتعاطفين مع هذه الحركات الإسلامية، سواء المعتدلون منهم أو المتعصبون، فنلاحظ انتماء قطاعات منهم إلى التيارات الأكثر راديكالية، ولكن نظرًا لانغلاق هذه الجماعات يصعب القيام بتحليل دقيق لتلك الظاهرة.

وتصبح نقابة الأطباء هى المكان الذى يشهد الصراع السياسى المباشر لهذه التيارات بين بعضها البعض وفي مواجهة التيار الليبرالى، مما يؤدى إلى شلل النقابة الفعلى فى تلك الأثناء، أما الصفوة فقد ابتعدت وانغلقت فى مواقعها

الأكاديمية. وهكذا شهدت فترة نهاية السبعينيات تغلغلا كبيرًا للتيارات الإسلامية داخل النقابة في محاولة لأصباغها بصبغة دينية في أكبر عدد من المواقع.

حصل الإسلاميون عام ١٩٨٤ على ٧ مواقع من ٢٧ في مجلس النقابة، بنسبة ٣٩% من الأصوات، كما أنهم سيطروا على العديد من النقابات الفرعية المهمة مثل الإسكندرية والقاهرة وأسيوط، وتؤكد انتخابات ١٩٨٨ و ١٩٩٢ تفوقهم، حيث حصلوا فيهما على نصف مقاعد مجلس النقابة العامة.

وقد لعبت النقابة تحت هيمنة الإسلاميين دورًا اجتماعيا كان غائبًا لفترة طويلة، وقامت من خلال برامج متعددة بتحسين الشروط المادية للأطباء الشبان(٧). فبعد انتخابات ١٩٨٨ تم تطوير نظام للتأمين العلاجي للأطباء وأسرهم، تساهم النقابة فيه بثلثي التكاليف بالنسبة للمشاركين في هذه الخدمة، وتوجت هذه الجهود حين تم افتتاح مستشفى للأطباء فقط بالقاهرة(٨).

أما المجلس المنتخب التالي فقد عمل على تطوير مشروع يهدف إلى تحسين دخول الأطباء، وتذليل عقبات الترقي الوظيفي، وتحسين شروط ممارسة المهنة، في محاولة واضحة للتأثير على المناخ العام السائد حينئذ(٩). ومن جهة أخرى طالبت النقابة الدولة في تلك الفترة، بزيادة ميزانية الصحة إلى ٥%، والتضييق في قبول أعداد الطلاب الجدد بكليات الطب، بالإضافة إلى تحسين شروط الدراسة والعمل بهدف تقليل الفجوة بين الصفوة الطبية والطلاب القادمين من طبقات اجتماعية متوسطة.

وتحاول النقابة بجانب هذا الدور الاجتماعي أن تسترجع دورها في الريادة الاجتماعية، بأن تلعب دور الوسيط بين الدولة والمجتمع، وذلك بإطلاق الدعوة للأطباء بالمشاركة في قضايا المجتمع المصري، سعيًا منها للعب دور حلقة الوصل بين الطبقات العليا والدنيا في المجتمع، وذلك إلى جانب دورها الاجتماعي(١٠).

وقد أفسح هذا الدور الجديد المجال أمام النقابة لطرح القضايا الاجتماعية

الساخنة فى المجتمع، مثل قضايا التعذيب، وأساليب مواجهة الإرهاب، والتمرد على شروط العمل، بالإضافة إلى تناول دور الشباب المسلم فى مواجهة قضايا العالم المعاصر، كما أنها نجحت فى المشاركة العملية الفعالة أثناء زلزال أكتوبر عام ١٩٩٢، من خلال تنظيم أعضاء النقابة فى حركة اجتماعية وطبية ناجحة، لمساعدة الدولة فى رفع المعاناة عن كاهل المتضررين.

وهكذا نجح الإسلاميون بالنقابة من خلال المشاركات الاجتماعية فى إضفاء الروح الإنسانية على المهنة مجددًا[١١].

أصبحت المرجعية الإسلامية واسعة الاستخدام بهدف إعادة تنظيم المهنة على أسس أكثر عدلاً، فى محاولة لإعادة الطموح مجددًا لقطاع كبير من العاملين فى المهنة، عبر المشاركة فى عملية توسيع الهياكل الطبية العامة، التى تهدد فى الواقع جزءًا كبيرًا من المصالح المهنية، ومن جهة أخرى يكسب هذا الاتجاه بعدًا جديدًا على المهنة، من خلال الربط بين العلم والدين، فيمس هذا الاتجاه الأجيال الجديدة أكثر من الأجيال السابقة، بسبب الزيادة الكبيرة فى الأطباء مع تدنى مستوى المهنة، ولكنه يرجع أيضًا إلى عدم وجود الثقة المطلقة فى العلم كما كان فى السابق، إذ كشفت التطورات العلمية الحديثة عن تحديات أخلاقية فى العالم أجمع، مما دفع إلى عودة التيارات الفلسفية والدينية فى المجال العلمى، بالإضافة إلى أن الإسلام يزمع دخول المجال العلمى ذاته، فنجد فى العقود الأخيرة ظهور مجموعة من العلماء "الإسلاميين" الذين يحاولون بلورة مفهوم للعلم الإسلامى، فى مواجهة العلم الغربى الملحد الذى انتشر فى الدول الإسلامية كنتيجة للانتصار الغربى فى تلك الفترة. هذه المحاولة التى تهدف إلى إعادة النظر فى ما يدعيه العلم الغربى من خاصية عالمية، تواجه العديد من المشكلات بسبب الخصائص المهجورة للتقاليد الطبية العربية.

الطب العربى/الإسلامى

تقليد جمعى

إن الصحوة الفكرية التى صاحبت الفتوحات الإسلامية فى المناطق الإغريقية خلال العصور الوسطى، ساهمت فى نقل التقاليد الطبية الإغريقية التى تأثرت بالتراث الطبى العربى إلى الغرب[١٢]. فى المرحلة التى كان الغرب فيها لا يزال مسرحًا للغزوات البربرية، التى حالت دون الاطلاع على المعارف القديمة فى جنوب البحر المتوسط، وفى المراكز الثقافية مثل الإسكندرية وإيران، فإن وصول العرب إلى تلك المناطق فتح الباب أمام حركة الترجمة من الإغريقية إلى العربية، ومنها على سبيل المثال أعمال العالم الإغريقى جالينوس.

وهكذا تطورت تقاليد طبية عربية على أسس من التراث الإغريقى، الذى أصبح متاحًا باللغة العربية منذ القرن التاسع[١٣]، وفى المقابل تمت ترجمة المعاجم العربية إلى اللغة اللاتينية فى القرن الحادى عشر، خاصة فى إسبانيا الإسلامية وفى مدرسة "ساليرن" الشهيرة بإيطاليا، وأفضل مثال على ذلك كتاب القانون لابن سينا ٩٨٠-١٠٣٧، فقد كان بالإضافة إلى احتوائه على الجانب العملى، يعتبر أكثر يسرًا من أعمال كل من أبقراط وجالينوس، فبات بمثابة مصدر التعليم الأساسى والممارسة الطبية فى الغرب حتى القرن السابع عشر.

والطب فى التقسيمة الإسلامية لفروع المعرفة، من العلوم التى يطلق عليها علوم قديمة أو عقلية، فى مواجهة العلوم الدينية أو التقليدية التى مصدرها القرآن والسنة، إلا أن العلوم العقلية لا تفقد بعدها الدينى بالرغم من ذلك التقسيم، حيث يظل الطبيب العربى كما رأينا فى العصور الوسطى، عالمًا فى تخصصات مختلفة، منها الفلسفة واللاهوت، مع الاحتفاظ بتطويره للمعارف غير الدينية التى أقسم عليها بقسم أبقراط. ويظل المنظور الأخلاقى بارزًا، فنجده فى كتاب العالم "إسحاق بن

الرهاوى"(*) بعنوان "آداب الطبيب"، وهو النص العربى الوحيد الذى أخذ فى الاعتبار بشكل عام الجوانب الأخلاقية للطب، إذ يشتمل على مجموعة القواعد والقيم التى يجب التمسك بها فى مثل هذا العمل الإنسانى، ويعتبر هذا العمل ترجمة جيدة لكيفية الربط بين النظم الفلسفية، والفكر الدينى الإسلامى، والأخلاق الإغريقية(١٤).

أحيط هذا الطب العربى بشعور من الريبة منذ ولادته، نظرًا لأصوله الغربية ولادعائه القدرة على شفاء الجسد والروح معا، فاصطدم منذ البداية بطب منافس يعرف "بالطب النبوى"، النظير الدينى، الذى تأسس من خلال الممارسات البدوية لما قبل الإسلام، والمعتمدة على الخرافات والعلاجات البسيطة (العسل واللبن وبول الجمل والتشريط والكى...)، ثم تأتى الأحاديث النبوية، الصحيحة منها وغير الصحيحة، التى جمعت وسجلت فى القرون الأولى من الإسلام، لتستخدم باعتبارها نصوصًا مقدسة وجامدة، لتدعيم الممارسات الطبية البدوية(١٥).

بدأ هذا الطب النبوى يختلط بالطب العربى الحكيم منذ القرن التاسع عشر، مع نمو حركة الترجمة، فنجد بعض الأوساط الدينية التى ترفض التوسع فى العلوم العقلية، خاصة وأن باب الاجتهاد كان قد انحسر فى القرن العاشر. هذا التأمل السلبى لأمجاد الماضى، وانتشار مقولة إن العلم قد وصل إلى نهايته، يؤثران على تطور الطب فنشهد أفول العصر الذهبى للطب فى القرن الثالث عشر، ونشهد فى الفترة نفسها صعود التأثير الصوفى، الذى يعلى من شأن السحر والطب النبوى، مما ساهم فى الخلط بين هذين النوعين من الطب حتى لدى العلماء أنفسهم(١٦).

لم يندثر الطب العلمى بالطبع بل استمر، وذلك ما تشهد عليه أعمال "حسن العطار" فى القرن التاسع عشر، الذى حاول مع غيره الربط بين روح الفلسفة الوضعية الحديثة وبين الفكر العربى الإسلامى، وكان الطب النبوى منتشرًا بين

(*) راجع (٦) فى هوامش الإعلام. (المحرر)

الطبقات الشعبية من المجتمع، أثناء دخول الطب الحديث إلى مصر خلال فترة "محمد على"، فأدت تلك التحريفات الموجودة فى الطب التقليدى إلى إفساح المجال أمام الطب الحديث.

الرهانات الحالية على العلم الإسلامى

يؤدى هذا الخلط فى التقاليد الطبية، مثله مثل العلوم الأخرى، إلى رفض كل ما هو غير شرعى، مما يستحيل معه عودة تلك الممارسات مجددا، ويصبح الاتجاه هو البحث عن خصائص "العلم الإسلامى"، هذا الاتجاه الذى ظهر منذ عقد من الزمن. بفضل الاعتراف بالتعددية العلمية، يظهر هذا الجدل النظرى[١٢] مدى الرغبة فى القيام بالقطع المعرفى مع العلم الغربى "المادى الملحد"، والذى من آثاره القنبلة الذرية، والتلاعب بالجينات الوراثية، التى تهدد حياة البشرية وتعرقل الأهداف الحضارية للعلم، وهكذا يتبلور الإطار النظرى الذى يمكن من خلاله الحديث عن العلم الإسلامى.

يجمع فى البداية أصحاب هذا الاتجاه على عدم وجود تناقض بين العلم والإسلام، فالجمع بينهما يؤكد الاتجاه الذى يسمح بالعودة إلى الوراء، مع الاحتفاظ بمكاسب التطور العلمى الخاضع للهيمنة الغربية خلال القرنين الماضيين، والتعلل بالعوارض التاريخية كسبب للتخلف السائد فى البلاد.

يهدف هذا الاتجاه إلى إصباغ الشرعية على تدخل المسلمين فى عملية تطوير المعارف الجديدة، فلطالما وجهت أصابع الاتهام إلى الدين باعتباره سببا فى تجميد الفكر وتصلبه، ومنع مساهمة العرب الإيجابية فى تطوير العلوم خلال العصور الوسطى، وهو اتهام ظل فى الذاكرة الجمعية للمسلمين، واستمر هذا الخطاب فى القرن التاسع عشر خلال عصر النهضة، الذى ساد فيه خطاب التزاوج بين الأصول الدينية وبعض مظاهر الحضارة الغربية، فنجد على سبيل المثال

الجدل الدائر بين "أرنست رينان" و"الشيخ الأفغاني"[١٨]، أحد دعاة الإصلاح، والذى كان يرفض مقولات "رينان" الذى كان يرجع التدهور الإسلامى إلى أسباب عرقية ودينية، حيث إن هذا العالم المغلف بالقدسية لم يكن مستعدا للتخلى عن العلم.

يشير الكتاب المحدثون إلى أن عدم تناقض العلم مع الإسلام إنما يرجع إلى الدين الإسلامى نفسه، فهو ليس مجرد دين، بل هو نظام شامل لكل الجوانب الإنسانية فى الحياة يهدف إلى إضفاء القيم الأخلاقية عليها، بعكس الدين المسيحى الذى يفرق بين ما هو مقدس وما هو دنيوى. ففى الإسلام الدين والعلم وجهان لعملة واحدة، وكما يقول هؤلاء الكتاب فالقرآن يشجع على التحصيل والانفتاح على العلوم، إذ يعتبر الكون هبة من عند الله ومتواجد فيه، ويتحتم على الإنسان أن يراقب ويدرس هذا الكون كى يستجلى إشارات على وجود الله، فالبحث عن المعرفة هو الوصول إلى فهم أفضل لما هو إلهى، وبالتالى فإن نهاية العصر الذهبى واستحواذ الغرب على التطور العلمى، لا يمكن تفسيره إلا من خلال التحريف التدريجى لرسالة القرآن الأصلية، بعد أن هيمنت عليها الاتجاهات الغيبية التى تعلى من شأن كل ما هو لا عقلانى.

وبناء على هذا فإن المشاركة فى البحث العلمى ممكنة بل ومطلوبة، ولكن يجب أن يكون هذا البحث مرتكزًا على بعض المبادئ التى تؤسس انطلاقة لعلم إسلامى، من خلال العودة إلى القيم الأخلاقية التى يحتويها القرآن، فالأمر يتعلق بالأخلاق لا باستخدام القرآن كمصدر للمعارف العلمية. لا ينكر هذا الاتجاه وجود إشارات واستنباطات مثيرة فى القرآن تتناول بعض القضايا العلمية، إلا أن وظيفتها تدور حول تذكير المؤمنين بأن الله منحهم القدرات والأدوات الأساسية من أجل أن يدركوا ويقيموا الظواهر الطبيعية[١٩]، فمن أجل إدراك ماهية الله يجب إعمال البحث والتحليل، وفهم كافة جوانب خلقه. لكن التأمل الشامل يفترض تأملا باطنيا، إذ يجب الربط بين القيمة والأخلاق، وهكذا يجب وضع العلوم الإسلامية فى إطار شبكة من القيم التى يتضمنها القرآن الكريم (وحدة الخلق، والمصلحة العامة،

والعدل الاجتماعى...)، وعليه فإن القرآن ـ مصدر كل الاكتشافات العلمية ـ يجب أن يواجه العلم الغربى القائم على الإلحاد، والذى يعلى من شأن مقولة إن الغاية تبرر الوسيلة. فالعلم الإسلامى فى خدمة الجماعة، ويقوم على احترام توازن الطبيعة، والإيمان بالله هو الذى يقود العالم المسلم فى كل تصرفاته ويشكل مسئولياته. فى هذا الإطار تتأسس المعرفة الإنسانية على فرضية أنها تظل شرعية ونبيلة طالما اتبعت الحكمة الإلهية[٢٠].

هذه الحجج التى تدافع عن التطوير "الرسمى" لعلم إسلامى تتبناها السلطات الدينية والعلمية الرسمية، ولكن هناك اتجاهات أخرى تدافع عن العلم الإسلامى معتمدة على أساليب مغايرة، فالمنطق الإنسانى يدفع إلى ملاحظة نظام وحركة الكون، واكتشاف قوانينه، حتى يتسنى القيام باكتشافات علمية، إلا أن هذا المنطق أيضًا يعتريه مشاكل وأخطاء، فإذا كان القرآن الكريم يضمن الجانب الأخلاقى لكل الخطوات العلمية، إلا أن البعض يرى أنه فى المقابل يجب أن يؤيد كل الابتكارات العلمية، وفى حالة غياب المرجعية القرآنية يجب البحث فى السنة والفقه.

هذا الأسلوب الذى يعتمد على تفسير النصوص المقدسة يؤدى إلى مواجهة بين الخطاب الرسمى والخطاب الأكثر تشددًا، فالخلاف يدور فيما يمكن اعتباره حدودًا إسلامية، فكل من السلطات الرسمية والإخوان المسلمين والتيارات المتطرفة لا يدينون العلم الحديث، ولكن على العكس يستخدمونه لصالحهم من خلال منطق خادع[٢١]. فالاستناد إلى هذا العلم يعنى المشاركة فى الإصلاح تحت لواء المثالية الإسلامية. إن الادعاء بامتلاك هذا العلم الحديث الذى استقى قيمه من الإسلام، لا يستخدم فقط لمواجهة الغرب الملحد، ولكن يستخدم أيضًا لمواجهة الأنظمة الإسلامية المعاصرة، التى تعتبر غير إسلامية فى نظر التيارات المتطرفة، التى تدعى امتلاك الحق فى تحديد ما هو صحيح وما هو غير صحيح، هذه المواجهة فى الأساس مواجهة سياسية، تؤدى أحيانًا إلى مواقف راديكالية، تكون فى كثير من

الأحيان قائمة على جهل بالنصوص الدينية، كما يحدث فى القضايا العلميــة التــى تفتقد البعد الإنسانى الذى من المفترض أن يجلبه الدين.

تظل هذه المواقف هامشية، إذ إن كلا من الخطــاب الرســمى والخطــاب المتطرف يهدفان إلى إعادة إدخال العالم العربى الإسلامى إلــى داخــل الحركــة العلمية الحديثة، حيث انه انفصل عنها قرابة قرنين من الزمان، ويحاول كل منهما الادعاء بالتمسك بالشرعية والتزامه بالأصول الإسلامية، فنلاحظ عدم إدانة العلــم فى ذاته إنما الرغبة فى التخلص من أسسه المادية والملحدة ليثرى بالقيم الإسلامية، وعليه يعتبر العلم إسلاميا من خلال الأخلاق التى ينادى بها، ولــيس مــن خــلال خطوات علمية مستقلة بذاتها.

فى ظل هذا الخضم النظرى لم يتم التطرق إلى إعادة النظر فى أسس الطب الحديث، ذلك الطب الذى ظل محتفظًا بمكانة مرموقة فى الدول العربية، ففى مصر يظل الطب هو المصدر الرئيسى لتحقيق الطموحات الاجتماعية.

ومن جهة أخرى هناك قطاع عريض من الجمهور محروم مــن الرعايــة الطبية، ويظل اللجوء إلى الطب التقليدى مستمرا خاصة فى المناطق الريفيــة، دون الإهمال الكامل للطب الحديث.

لا تنسى الدولة البعد الدينى، ولا ينساه العلماء المصريون المتحمسون للطب الحديث، خاصة وأنه السبيل لمحاربة الجماعات المتطرفة التى تهدد شرعية الدولة من جذورها، ففى ظل أنواع مختلفة من الخطاب الإسلامى، الذى ينادى بمواقــف متشددة "التفرقة بين الجنسين فى الممارسة الطبية، رفض عمليات زرع الأعضاء، تجاهل مرضى مصابين بأمراض لا أخلاقية "، بالإضافة إلى "أصــوات هامــشية تنادى بالعودة إلى الطب النبوى"، تضطر الدولة إلى تفعيــل مؤســساتها العلميــة والدينية الرسمية، فنشاهد على سبيل المثال مؤتمرًا عقد فى سبتمبر ١٩٨٥ بجامعة الأزهر حول "الإعجاز الطبى فى القرآن"، والذى أشار خلاله إمام الأزهــر بــأن

الاجتهاد مقتصر على الصفوة من المتخصصين فى العلوم الدينية، وذلك لسد الطريق أمام المتطرفين الذين يدعون إلى الاجتهاد فى هذه الأمور[٢٢].

أما على الصعيد الإقليمى فنشير إلى اجتماع رجال الفتوى من العالم العربى بمكة فى يناير ١٩٨٩ ليصدروا فتوى تجيز رسميا نقل الأعضاء عند توفر بعض الشروط، بالإضافة إلى التشريح.

وبالرغم من محاولات الدولة والمؤسسات الرسمية العمل على إسكات الأصوات الرافضة لبعض الممارسات العلمية، نلاحظ الإجماع بين الكل على التركيز على الأخلاق، واتفاق الجميع على وجود نوع من الطب الحديث يهدد الإنسانية، ولذلك فهناك فرصة لفرض "علم إسلامى" أخلاقى. وهكذا قام المؤتمر الدولى الأول للطب الإسلامى، الذى انعقد فى الكويت عام ١٩٨١، بصياغة القانون الأخلاقى للطب الإسلامى[٢٣] الذى يرسم صورة مثالية لما يجب أن يكون عليه الطبيب المسلم، فيما يتعلق بكافة أنشطته (المسئوليات والواجبات والعلاقات مع زملائه ومرضاه)، وتحاول نقابة الأطباء أن تضع هذا القانون موضع التنفيذ، نظرا لسيادة القيم الغربية على ممارسة المهنة، فقد استمرت المؤتمرات الطبية الإسلامية بالقاهرة فى الانعقاد منذ ١٩٨١ فى إطار مفهوم الأخلاق، حيث وضعت الشريعة كمرجعية للنظر فى مدى تطابقها مع التطورات العلمية الجارية (علم الأجنة والجينات الوراثية..)، ورغم أن هناك قضايا ظلت حتى الآن نظرية، مثل التلاعب بالجينات الوراثية، إلا أن هناك قضايا أخرى حازت اهتماما كبيرا، مثل نقل الأعضاء، فالبلهارسيا سبب لكثير من أمراض الفشل الكلوى، وحيث إن عملية غسيل الكلى عملية عالية التكلفة، فإن عمليات نقل الكلى أقل تكلفة بالإضافة إلى أنها أمل جديد لحياة المريض، لكننا نجد فى المقابل تولد سوق جديدة لتجارة الأعضاء، مما يحتم وجود تشريع سريع لتنظيم تلك العملية، خاصة وأن هناك تشريعات مماثلة فى دول عربية أخرى.

لم تحل بعد الكثير من القضايا الأخلاقية المطروحة خلال تلك المؤتمرات،

ولكن نظرًا لوجود مشاكل فعلية فى مثل هذه الأمور حتى فى الغرب، أصبح العلماء العرب ينادون بإفساح المجال لهم باسم الأخلاق الإسلامية، حيث يطرح الطب الإسلامى نفسه على أنه طب أخلاقى، مرجعيته القرآن والشريعة.

العيادات الإسلامية
نموذج لممارسة بديلة

اتجهت التيارات الإسلامية التى ظهرت فى الثمانينيات من القرن العشرين، مع انتشار مفهوم الطب الإسلامى، إلى النشاطات الاجتماعية إلى جانب أنشطتها السياسية، وظهر هذا المنحى الجديد من خلال المساجد/المراكز الاجتماعية، التى تستخدم كساحات للممارسة الدينية، بالإضافة لاستخدامها كحضانات للأطفال ومدرسة وعيادة، وتعتبر مصر من أول الدول التى انتهجت هذا الأسلوب، ثم انتشر بعد ذلك فى الأردن والجزائر وتونس. وهذه التجربة ليست مستحدثة، فقد استخدم "حسن البنا" في الأربعينيات من القرن الماضى قضية الصحة العامة كإحدى القضايا الدعائية الكبرى، وجدير بالإشارة أن الصحة من القضايا التى اهتمت بها الجمعيات الدينية والاجتماعية فى مصر منذ فترة طويلة من الزمن، فالكنائس أيضًا تملك شبكة كبيرة من العيادات والمستوصفات، التى تهتم بالقضايا الصحية منذ أمد بعيد.

شهدت ظاهرة الجمعيات الإسلامية انتشارًا كبيرًا منذ السبعينيات من القرن العشرين[٢٤]، فنجد كل التيارات ممثلة فيها، بل ونجد بنك ناصر الاجتماعى ــ وهو بنك عام ــ يوجه جزءًا من أموال الزكاة لتمويل تلك المستوصفات بالمساجد، وذلك إلى جانب أموال الزكاة التى كانت تجمعها التيارات المتطرفة لتدعيم تلك المشروعات.

لعبت هذه الجمعيات أدوارًا متعددة ولكنها نجحت كثيرًا فى المجال الطبى،

وانتشرت تلك المستوصفات فى المناطق الشعبية التى تفتقد مؤسسات طبية صالحة، خاصة وأن أجرة العيادات الخاصة باهظة التكاليف بالنسبة للمواطنين فى هذه الأماكن(٢٥).

تمتلك هذه الجمعيات أجهزة ومعدات جيدة، وتوفر خدمات متنوعة ذات جودة عالية، بأسعار مناسبة للطبقات الفقيرة والمتوسطة التى لا تقدر على أسعار الخدمات الطبية الخاصة، ونستطيع القول إن تلك الخدمات قائمة فى الأساس على الشعور بالثقة من قبل المريض (بعكس ما يشعر به تجاه الخدمات الحكومية التى يعتبرها المريض غير إنسانية)، بالإضافة إلى البعد الاجتماعى الذى يفتقر إليه القطاع الخاص، وهذه المؤسسات فى الحقيقة ليست إلا محاولات لإعادة تجديد الطب التقليدى، بعكس التجارب التى وجدت فى الهند على سبيل المثال(٢٦). ففى إطار من تخلى الدولة عن مسئولياتها، توفر هذه المؤسسات مستوى جيدًا من الخدمة الطبية التقليدية (الطب الغربى) لأكبر قطاع من الجمهور، مع تحجيم الجانب الليبرالى المصاحب له، إذ توفر نموذجًا مختلفًا عما يقدمه القطاع الخاص، الذى ينحصر فى نطاق الصفوة والمستشفيات الاستثمارية. ويرجع نجاحها أيضًا إلى المرجعية الدينية التى ترفعها كى تدخل الطمأنينة إلى قلوب المرضى، فى مواجهة نظام طبى بعيد كل البعد عن معتقداتهم السائدة فيما يتعلق بالتعامل مع الجسد والمرض، تلك المعتقدات التى تدفع قطاعًا كبيرًا منهم إلى اللجوء لمصادر علاجية أخرى غير الطب التقليدى، على نحو ما نشهده من خلال التداوى بالقرآن، فشهرة الكثير من الشيوخ كانت قائمة على علاج أمراض الجسد والنفس معًا، عن طريق سماع أشرطة القرآن الكريم المصاحبة بالصلاة وذكر اسم الله.

من جهة أخرى فقدت مهنة الطب الكثير من التقدير والاحترام السابقين، فكثيرًا ما نشاهد حدوث أخطاء مهنية، بالإضافة إلى تفشى الفساد، وانعدام المسئولية الأدبية فى أوساطها، ولهذا فإن إضفاء الصبغة الإسلامية على المهنة كان يعنى إضفاء البعد الأخلاقى عليها، أى إعادة تأهيل المهنة، وعليه لا يسع كل من الدولة

والنقابة إلا مجاراة هذا الاتجاه الإسلامى، ومن جهة أخرى فإن إعادة تشكيل مهنة الطب من خلال سياسات الخصخصة لم تأت بالفائدة لأغلبية الأطباء، فأصبحت بذلك العيادات الإسلامية الفرصة المرجوة لشباب الأطباء الذين لم ينجحوا فى اللحاق بركب القطاع الخاص، أو لنقل فى انتظار فرصة اللحاق به، وبالرغم من عدم تنظيم شروط العمل فى هذه العيادات بعد، إلا أنها تقدم أجورًا أعلى ومناخًا عمليا أفضل من القطاع العام.

تبحث ظاهرة العيادات الإسلامية عن فرص للتواجد وطرق للمنافسة على الساحة، فى مواجهة إخفاقات الدولة وتجاوزات الليبرالية، ولكننا لا نستطيع الجزم بأن جميع العاملين والمروجين لتلك العيادات هم من الجماعات المتطرفة، إذ إنها قائمة أيضًا على مفهوم الأعمال الخيرية الإسلامية، وكما أن الدولة ذاتها تدعى أنها إسلامية، فهى توافق على هذه المؤسسات خاصة وأنها تسد ثغرات فى مجال الخدمات الاجتماعية، ولكن الدولة تفرض فى الوقت ذاته رقابة عليها لضمان عدم تجاوز الحركات المتطرفة لتلك الحدود(٢٧)، وفى كل الأحوال لا يتعارض المنهج الطبى المتبع فى هذه الجمعيات مع التوجهات التحديثية للدولة، بل إنها تساهم على نطاق واسع فى استخدام التقنيات الطبية الغربية.

إن الرهانات حول ما يسمى بالطب "الإسلامى" تحتل فى الحقيقة موقعًا شديد البعد عن الدين أو التراث الطبى العربى، بل ولا يتعلق الأمر بنفى العلم الحديث أو نشر نوع معين من الممارسة الطبية، وبالرغم من انه يفرز أحيانًا سلوكًا منحرفًا، فإنه يدخل ضمن إطار أكثر شمولية، عبر إعادة تشكيل نماذج أخرى للممارسة الطبية الليبرالية، من أجل التوصل لصيغة تسمح بتحقيق النجاح المهنى والاجتماعى.

السفر: هروب العقول والهجرة

بالرغم من وجود قطاع طبي متقدم إلا أن النظام الطبي المصري لا يتيح فرصًا بحثية كثيرة، فالمجلة الطبية التي تصدرها الجمعية الطبية المصرية لا تنشر إلا حوالي ٢٠% من إجمالي الإنتاج العلمي الطبي العربي[٢٨]، فهي مؤسسة محدودة الإمكانيات، لا يمتد نفوذها البحثي خارج الحدود الإقليمية، كما أنها في الوقت نفسه فقيرة على صعيد الأجهزة المتطورة.

أما وزارة الصحة، وهي الجهة الراعية للبحث الطبي، وتتبعها عشرات المعاهد المتخصصة في بعض الفروع الطبية، حيث تقوم بالرقابة والإشراف عليها لضمان تحقيق الأهداف والخطط الخمسية المرسومة لها، ولكن نظرًا لضعف الموارد المالية، يظل البحث العلمي محدودًا للغاية، غير ذي أهمية على المستوى المهني.

تحتفظ كليات الطب الكبرى في جامعات القاهرة والإسكندرية بدرجة من الديناميكية في مجال البحث العلمي، على الرغم من التهديد المستمر لتلك الأبحاث بالتوقف نظرًا أيضا لضعف التمويل، ونقص الأجهزة المتطورة، فلا يعد البحث في مصر بحثًا ابتكاريا على الإطلاق، ويجب التوجه إلى الغرب عندما يراد بالفعل ممارسة العمل البحثي، أو التخصص في أحد التخصصات الدقيقة.

يظل تقليد إرسال البعثات الدراسية إلى الجامعات الغربية المهمة سائدًا في مصر، وأصبحت الولايات المتحدة مقصدًا للطلاب المصريين منذ خمسينيات القرن العشرين، بعدما تفوقت على كل من فرنسا وبريطانيا في مجال البحث العلمي.

ويجب على الطالب قبل السفر إلى أي من تلك البلاد أن يخضع لامتحان قبل السفر لاستكمال دراسته، فقد أعادت بريطانيا النظر خلال سنوات الثمانينيات من

القرن العشرين فى قضية المعادلة بالنسبة للطلاب المصريين، بعد أن كانت الشهادة المصرية مقبولة منذ بداية القرن، فأصبحت الجامعات البريطانية تطالب باجتياز امتحان قبل قبول الطلاب المصريين بها، وأدى وجود هذا العائق إلى عملية فرز دقيقة، فالذين ينجحون ليسوا فقط هم الأكثر ذكاء، بل هم أيضًا أولاد الطبقات العليا الذين درسوا اللغات الأجنبية، أو من الوسط الطبى الذين حصلوا من خلال هذا الانتماء على ما يؤهلهم لهذا النجاح.

ونظرًا لتدهور التعليم نتيجة الزيادة الكبيرة لعدد الطلاب، أصبحت الكليات ــ من خلال نمط شبه مؤسسى ــ تقوم بعملية فرز للصفوة الاجتماعية التى تفضل استكمال دراستها فى الغرب وعدم الاكتفاء بالحصول على الشهادة المحلية، ويدعم هذا النظام مفهوم البقاء فى الخارج، وبالنسبة لآخرين يتيح لهم التعليم فى الخارج التخصص فى أحد التخصصات الدقيقة غير المتوفرة فى مصر، مما يضمن للدارس عند عودته إلى البلاد احتلال موقع رائد فى المهنة، ويعتبر البعض الآخر أن فرصة السفر إلى الخارج ليست إلا الخطوة الأولى للهجرة النهائية.

أما بالنسبة لكثير من الأطباء الشبان الذين لا ينتمون لتلك الصفوة، تصبح الهجرة إلى الدول النفطية طريقا جيدًا للصعود الاجتماعى والنجاح المهنى، ويحتل المصريون موقعًا كبيرًا فى دول النفط التى تحتاج إلى أيدى عاملة تساعدها فى مجال التحديث الجارى بها، ويعتبر الطب من المهن المتميزة فى تلك البلاد.

شهدت السبعينيات من القرن العشرين هجرات عديدة إلى الدول النفطية، وصلت إلى حوالى ١٢ % من الأساتذة فى القطاع التعليمى بالجامعات الكبرى، وحوالى ٣٠% من العاملين فى مهنة الطب، ويصل اليوم عدد الأطباء العاملين فى الخارج إلى حوالى ٢٠٠٠٠ طبيب معظمهم فى الدول الخليجية وليبيا.

ولكن مؤخرًا بدأت تلك الدول فى خفض أعداد العمالة القادمة إليها، نظرًا لوجود جامعات محلية حديثة بها، تقوم بتخريج أطباء من أبنائها، بالإضافة إلى

وجود اتجاه فى تلك الدول لإعادة النظر فى مستوى الخريجين المصريين، بل إن هناك دولاً ترفض قدوم الأطباء الذين تخرجوا بعد ١٩٧٦، حيث بدأت تظهر النتائج السلبية الناتجة عن التوسع غير المحسوب لكليات الطب فى مصر(٢٩)، وهناك دول تقوم بتطبيق إجراءات رقابية كبيرة للحد من عمليات الهجرة إليها، إذ تقوم دولة الكويت على سبيل المثال، بعد إجراء عملية انتقائية دقيقة جدا للأطباء المصريين، بفرض مرحلة تحصيل إضافية قبل الموافقة بمنح رخصة الممارسة.

تظل الهجرة بديلا متميزًا للهروب من الوظيفة العامة وضمانة مالية كبيرة، فالأجر الشهرى للطبيب المصرى الذى يعمل فى إحدى الوظائف الصحية العامة ضئيل جداء فى مقابل حصوله على ١٤٠٠ دولار شهريا إذا التحق بالعمل فى ليبيا، وأكثر من ذلك بالقطع فى إحدى الدول الخليجية.

يعتبر السفر بالنسبة للذين لا يملكون ثروات أسرية الفرصة الوحيدة لادخار المال اللازم لفتح عيادة خاصة عند عودتهم إلى مصر، فأصبح الأطباء المصريون يتكالبون للحصول على شهادات عليا، لضمان الحصول على الوظيفة فى تلك الدول، وذلك بعد السياسات الحديثة للدول المضيفة التى أصبحت تنظر بشك إلى المستوى التعليمى المصرى.

وباتت الشهادات الأجنبية، وخاصة الإنجليزية والأمريكية، من الشهادات التى يحاول الطلاب الحصول عليها، لما تضمنه من توفير فرص عمل فى كليات الطب الأجنبية، مما يدعونا إلى التأكيد مجددًا على أن اختيار المرشحين للهجرة إنما ينحصر فى الصفوة من الطلاب.

تفجر الممارسة الليبرالية

النجاح المهنى فى المجال الطبى مؤجل دائمًا باستثناء بعض الفئات المتميزة، ولا يأتى عادة إلا بعد مرور عشر أو خمس عشرة سنة من الممارسة، حين يكون الطبيب قد تخطى مرحلة الشباب، وفى معظم الحالات يجمع الطبيب بين أكثر من عمل فى اليوم الواحد، ففى الصباح هناك العمل فى القطاع العام، وربما يضاف إليه موقع عام آخر حيث ساعات العمل منخفضة، أما فى المساء فهناك العمل فى مستوصف أو مستشفى خاص، وأخيرًا تخصص الفترة المسائية المتأخرة للزيارات المنزلية التى تتم عادة فى الحادية عشرة أو منتصف الليل. ترتبط السرعة فى تحقيق النجاح بعوامل مختلفة بحسب الأصول الاجتماعية والجغرافية للطبيب (القدرة على تشكيل شبكة معلومات جيدة، والقدرة التفاوضية، بالإضافة إلى العلاقات الأسرية والأصدقاء). فمن يملك منهم تلك المصادر ويعرف كيف يستفيد منها ينجح فى الوصول إلى المؤسسات الخاصة، مع الاحتفاظ لفترة من الزمن بوظائفه التابعة لوزارة الصحة، تلك الوظائف التى تمنحه امتيازات اجتماعية، منها الحصول من خلالها على شبكة من المرضى يحولهم بعد ذلك إلى عياداته الخاصة.

ويعتبر نظام العقود نظامًا مفيدًا بالنسبة للعديد من الأطباء الذين يأملون فى فتح عيادات خاصة، والحصول على أجور أفضل من القطاع العام، وهذه العقود يتم الحصول عليها عن طريق العلاقات والمعارف.

إن انخفاض المخصصات المالية، وسوء الاستقبال فى القطاع العام، ساهما فى تشجيع ظهور بدائل موازية تهدف إلى سد الاحتياجات والخدمات الصحية، التى باتت أكثر إلحاحًا، والتى لا تزال تواجه بالتحديات المالية. تنحصر تلك الهياكل الحديثة فى المدن الحضرية لتخدم الطبقات الوسطى، لكن هذه الطبقات أصبحت ترفض أكثر فأكثر اللجوء إلى الجهات التابعة لوزارة الصحة، خاصة وأنه ينظر إلى المجانية باعتبارها إقرارًا بالانحدار الاجتماعى لهذه الطبقات.

ويقوم هذا النظام البديل الذى لم يتم تقنينه بعد، على أساس الإيجاب والقبول بين طرفين، وأحيانًا يتم الاتفاق على العمل شفاهة، حيث يسمح بموجبه للطبيب التابع لوزارة الصحة بأن يعمل فى مستشفى خاص، مما يتيح له مباشرة عملياته، ومن ثم يتمكن من جذب مرضاه من القطاع العام إلى القطاع الخاص، بدعوى توفر الإمكانيات والأجهزة المطلوبة، وبنفس هذا المفهوم يتم تعاقد بعض الجهات المتميزة مثل قطاع السياحة مع طبيب محدد، يقوم بالإشراف الطبى على العاملين بدلا من اللجوء إلى نظام التأمين الصحى الذى لا يعمل بكفاءة.

تتمتع المستوصفات التابعة للمؤسسات الدينية بدرجة عالية من الأهمية، ويتم العمل داخلها بنظام الدوام الجزئى أو بالمناوبة، مما يضفى على العمل أسلوبًا مرنًا وعائدًا مجزيًا بالإضافة إلى إمكانية الجمع بين أكثر من وظيفة.

تظل الرغبة فى فتح عيادة خاصة (رمز النجاح) أحد الأهداف الثابتة للطبيب، ويتطلب تأسيس هذه العيادة بالمعدات اللازمة حوالى ١٠٠٠٠ جنيه، إلا أن الكثير من الأطباء الشبان يغامرون بفتح عيادات بمبالغ أقل، وكان من نتيجة ذلك الازدياد الملحوظ منذ عام ١٩٨٥ فى عدد العيادات الخاصة ذات الإمكانيات المحدودة، والتى تركزت أولا فى المناطق العشوائية، ثم انتشرت فى أماكن كثيرة بعد ذلك، ومع انتشار الفقر بين الجماهير تستعر المنافسة بين العيادات عن طريق خفض أسعار الكشف.

ويصبح لزامًا على الطبيب فى ظل هذه المنافسة البحث عن ما يميزه عن الآخرين، فنجد ظاهرة استخدام لقب طبيب متخصص على واجهة العيادات، حتى ولو كانت هذه المعلومة لا تمت للحقيقة بصلة، فصفة طبيب عام فقدت قيمتها فى حين ارتبطت صفة المتخصص بالأستاذية، أى الحاصل على درجة علمية عالية.

يتخرج طالب الطب بعد ست سنوات من الدراسة ليستكمل سنة امتياز إجبارية، يفترض خلالها أن يتعمق فى ثلاثة تخصصات طبية، وما إن ينهى الطلاب فترة الامتياز حتى يدعون بشكل غير قانونى بأنهم أطباء متخصصون فى

هذه الفروع، وبالتالى فمن المعتاد أن نجد فى المناطق الشعبية يافطة معلقة على باب العيادة، مكتوب عليها عدد من التخصصات الطبية (طبيب متخصص فى أمراض النساء والولادة والأمراض الباطنية والحنجرة). ومن جهتها تحاول وزارة الصحة مراقبة هذا الانفلات فى الممارسة الخاصة، إلا أنها تعانى من نقص كبير فى عدد المفتشين التابعين لها، حيث يوجد مفتش واحد فى كل محافظة للقيام بهذه العملية.

التوجه نحو الأقاليم

حتى وقت قريب لم يكن العمل فى الأقاليم يجذب الأطباء، لكنهم يضطرون إليه لقضاء الخدمة المدنية الإجبارية داخل الوحدات الريفية، فقد رأينا تلك الهوة الاجتماعية بين الفلاح والطبيب، والتى كانت غير قابلة للحل، علاوة على ما كان يشعر به الطبيب من الغربة والوحدة لافتقاده الحياة الاجتماعية الملائمة له، والتى كانت سببًا فى اختياره مهنة الطب. وذلك بعكس النموذج الفرنسى المتمثل فى الشخصية الأدبية "الأستاذ بوفارى" الذى نجح فى تهيئة الجو الملائم لزوجته الطموح، وإشعارها بأنها من الأعيان فى الريف الفرنسى. أما فى مصر فإن أغلب الأطباء العاملين فى الأقاليم من العزاب نظرا لصعوبة الحياة الريفية التى لا تلائم الزوجات المنتميات لنفس المستوى الاجتماعى لهم.

يرجع السبب فى هذه الهوة الثقافية والاجتماعية إلى أن معظم طلاب كليات الطب من الطبقات البرجوازية، وبالتالى فلا يمكن تجاوز هذه الهوة إلا حين ينظر إلى مهنة الطب باعتبارها مهنة إنسانية فى المقام الأول، وهو ما يعتبر استثناء من القاعدة، أى أن يصبح الذهاب إلى الأقاليم اختيارًا لا إجبارا، وهذا الاختيار يفترض القطع الإرادى مع ما كنا عليه فى السابق، والرغبة الحقيقية فى التأقلم مع الواقع

الجديد، مما يعنى فى المقابل الخروج من السياق العام للمهنة، ويرتكز مثل هذا الاختيار على خلفيات سياسية، نضالية أو دينية، تدفع الطبيب لاختيار العمل فى الأقاليم.

فى هذا السياق رفض الأطباء المنتمون إلى اليسار وحدهم عام ١٩٨٥ القبول بالممارسة المزدوجة للأطباء العاملين فى القطاع الصحى العام بالأقاليم، لأن الطب المجانى كان يهدف فى الأساس إلى القضاء على التفاوت والتباين الاجتماعى، وهو الخطر الذى يطل برأسه مجددًا.

من الواضح أيضًا أن الأطباء المنتمين للتيار الإسلامى كانوا أكثر قدرة على التأقلم مع الواقع المحيط، بل ويشعرون بقدر أكبر من التحقق يفوق ما يشعر به زملاؤهم الآخرون بسبب توجههم النضالى[٣٠].

يؤدى هذا الاختيار إلى نضال مستمر للتأقلم ولاكتساب القبول، خاصة وأن الحياة فى الأقاليم قاسية، ولكننا نلاحظ تزايد عدد الأطباء الشباب المقبلين على هذا الاختيار الذى يعتبر نموذجًا للتميز مغايرًا لما هو سائد، خاصة بعد تكدس الحياة فى المدن، وندرة فرص العمل بها، فالطبيب فى المدينة أيضًا مغمور لا يعرفه أحد، وعندما يقرر فتح عيادة فى أحد المناطق غير المعروفة تلزمه فترة طويلة حتى يجتذب مرضى ويحقق شهرة ما.

ومن جهة أخرى فقد يكون اختيار البعض للعمل فى الأقاليم نتيجة لانتمائهم إلى هذه الفئة الاجتماعية، بل إن معظم هؤلاء الأطباء من خريجى كليات طب الأقاليم، الذين يفتقرون إلى خلفية علمية متميزة، إلا أن هذه المعلومة يجهلها سكان الأقاليم أنفسهم، فالمهم أن يطلق عليه اسم "دكتور"، بصرف النظر عن الكلية التى تخرج فيها... فيعود ظافرًا إلى قريته حيث يحاط بالاحترام والتبجيل.

ولكن نظرًا لزيادة عدد الأطباء الممارسين فى الأقاليم بتسارع شديد، تتكرر المشكلات كما فى المدينة، حيث يضطر الطبيب لوضع الحالة الاقتصادية للمرضى

فى الحسبان، وتصبح المنافسة فى سوق العمل مع تدنى مستوى الدخل، عائقًا أمـام تحقيق وضع أفضل من الذى يوفره لهم القطاع الصحى العام، ولكـن مـن جهـة أخرى تحقق العودة إلى الأسرة مكاسب على مستوى إعادة توزيع الدخول داخلهـا، عن طريق أعمال تجارية أو حرفية داخل الأسرة، مما يغطى جزئيا المشكلات التى يواجهها هؤلاء الأطباء.

أنتج الانفتاح الاقتصادى وضعًا دقيقًا فيما يتعلق بالصحة، فمن جهة لا تقوى الدولة على التنازل عن هذا القطاع إلى رءوس الأموال الخاصة، التـى ستـستبعد القطاع الأكبر من الشعب من الحصول على خدمات طبية، ومن جهة أخرى فـإن الوضع الاقتصادى الضعيف، والصعوبات المطروحة لتعميم نظام التأمين الصحى، لا تفسح المجال أمام الدولة لتنويع وتوسيع النظام الطبى، وتـوفير فـرص عمـل للأطباء، مما يضطر هؤلاء إلى الاسـتعانة بالنقابـة لمـساعدتهم علـى التواجـد والممارسة، ويأتى هنا دور الإسلام لضمان الجانب الأخلاقى لتلك الممارسة.

لا تزال هناك صعوبات فى قياس تلك الممارسات الحديثة التى انطلقت منـذ ١٩٨٠ على صحة المواطنين عامة، ولكن بالرغم من خـصائص تلـك التجربـة الفوضوية، والتى أحيانًا لا تحترم القواعد العامة للمهنة، إلا أن هذا التنوع والتوسع فى توفير الخدمات الطبية المصبوغ بالصبغة الليبرالية، إنما يلاقـى قبـولا لـدى المهنيين، فهو يخلق نموذجًا جديدًا لتعميم الخدمات الطبية، حتى وإن اختلـف مـع النموذج الذى كانت تحلم به دولة ما بعد الثورة.

الخاتمة

فى إطار الصراع القومى الذى تلا الحرب العالمية الأولى، استطاعت الصفوة الطبية المصرية أن تفرض تواجدها من خلال سلسلة من المؤسسات الحديثة، وجمعيات علمية، وكلية للطب، ومعهد للدراسات. وتمكنت من أن تشكل مفهومًا جديا لما يجب أن تكون عليه الأولويات الطبية فى البلاد، فأعطت الأولوية للأمراض الطفيلية المتوطنة، لتواجه به الاتجاه الذى كان يدافع عنه الأجانب. ولكن بالرغم من نجاح مصر فى إطلاق عملية تأسيس مهنة الطب فى بداية القرن التاسع عشر على النهج الحديث، وفى إطار دولة قومية، إلا أنها لم تنجح فى التخلص من سيطرة الأجانب على هذا النظام الطبى الوليد، فقد اصطدم الاتجاه المصرى، الذى أراد محاربة الأمراض الرئيسية التى تعانى منها البلاد، مع الاتجاه الذى فرضته القوى الأجنبية، والذى هدف إلى حماية جنوب أوروبا من دخول الأوبئة عن طريقها.

لقد هيمنت سلطات الاحتلال البريطانى فى نهاية القرن التاسع عشر على الوضع الذى كان سائدًا بالفعل قبل ذلك، إذ سرعان ما وجد السلك الطبى ذو الأهداف الإنسانية النبيلة نفسه تحت سيطرة الممارسين الأجانب الذين كانوا يحتلون مواقع القرار والوظائف العليا المحترمة.

وبالرغم من غياب المعطيات الصحية فى المجتمع المصرى، استطاعت مهنة الطب أن تنتزع الاعتراف الدولى فى الربع الأول من القرن العشرين، كما استطاعت أن تجد لنفسها مكانة اجتماعية مرموقة بين صفوف الصفوة المصرية الحديثة، نظرًا لمكاسبها الاقتصادية ودورها الاجتماعى. وفى هذا الإطار نشأت

الرغبة فى تكوين تلك الهوية المهنية الباحثة عن حلقة الوصل بين الصورة التقليدية للطبيب العربى والأساليب العلمية الغربية. إن التمسك بمـآثر الطـب الفرعـونى والعربى، لم يمنع من الانفتاح على المعارف الغربية، من خلال البعثات الدراسـية إلى أوروبا التى ساهمت فى تعميق الفجوة الاجتماعية بين الأطباء والجمهور.

يخضع الطبيب لدى عودته لإعادة صياغة تتفق والمجتمـع المحـيط بـه، فالدولة من جهتها تعلى من شأن هذه المهنة التى تقـوم علـى خدمـة المـشروع الاجتماعى، من خلال الدعوة إلى القضاء على المرض أو بمعنى أدق القضاء على البؤس، ومن جهة أخرى يتوجه المرضى إلى هؤلاء الأطباء بحثًـا عـن العـلاج والشفاء من الأمراض، حتى وإن كانت معتقداتهم بعيدة كل البعد عـن مـا يقدمـه الطب الحديث، وفى الحالتين تعتبر مهنة الطب رمزًا للنجاح الاجتماعى والثقافى.

فى البدايات الأولى اهتم الأطباء بالجانب الاجتماعى وبتشكيل هويـة، مـن خلال مجموعة من الأعمال التى تهدف إلى تحقيق هذا المفهوم، هذه الهوية الطبيـة نفسها هى التى أرادت من خلال إعادة إنتاج تلك الصورة فى المجتمـع أن تكـون همزة الوصل بين نقل العلوم وإيجاد طرق لتطبيقها فى هذا المجتمع، ولذلك وجـب عليها أن تمتلك القوة الاجتماعية الكافية لفرض صورة للصحة والخدمات الطبيـة، تتفق ومصالحها المهنية والاجتماعية، حتى تصبح هذه الصورة مبررة فـى أعـين الجميع.

نقول ذلك لأن الأطباء يواجهون فى مرحلة تالية مشكلات مرتبطـة أساسًـا بهذا المفهوم الذى عملوا على بلورته، فبعد أن حصلوا على الاحترام والثراء، بـدأ الأطباء فى استخدام مجموعة من المناهج العلمية والإحصائية لتحديـد المـشكلات الصحية الرئيسية فى البلاد، لكن الأمر لم يقتصر على معرفـة تلـك الأمـراض الطفيلية المتوطنة، بل امتد إلى الكشف عن مجموعة من المـشكلات الاجتماعيـة المسببة لتلك الأمراض، مثل التعامل مع الجسد سواء على المـستوى الفـردى أو الجماعى، وشروط الحياة الصحيحة، والسياسات الصحية، ممـا جعـل كـل تلـك

المشكلات تدخل ضمن إطار اهتمام الطبيب، فنصل إلى اللحظة التى يتحمل فيها الطبيب مسئولية إدخال تلك المنظومة الصحية التى شكلتها البرجوازية إلى قلب الفئات الأقل حظاء، وذلك بصفته ممثلا لإحدى القوى الاجتماعية.

شهدت أوروبا خلال القرن التاسع عشر مثل تلك العملية، إلا أن مصر لم تحقق النجاح نفسه.

كانت الثلاثينيات من القرن العشرين هى الفترة التى حصل الأطباء فيها على الاعتراف باستقلالهم الذاتى، فى مواجهة الممارسين الأجانب، استطاعوا خلالها أن يحتلوا موقعا اجتماعيا وثقافيا متميزا، فصاغوا المبادئ الأساسية لإنشاء هيكل طبى شامل للمجتمع المصرى، مبادئ تشكلت من خلال الأعمال البحثية التى أجروها داخل الجمعية الطبية المصرية، والتى كشفت عن أن المناطق الريفية كانت من أكثر المناطق التى تعانى من الأمراض الطفيلية المتوطنة.

وعليه تبلورت حركة الإصلاح بالدعوة إلى تغيير المناخ غير الصحى المسبب للأمراض، والعمل على تطوير الطب الوقائى. لم تحقق تلك المشاريع الأهداف المرجوة نظرًا للأوضاع السياسية المرتبكة، ولعدم رغبة الأطباء فى الإقامة بالأرياف.

وأخيرًا تقوم ثورة يوليو بقيادة الضباط الأحرار بتحقيق هذا الغطاء الصحى ليشمل مجمل المجتمع المصرى، إلا أنها تسفر عن أوجه نقص كثيرة، بل والأكثر من ذلك تبنى على حساب الهيئة الطبية التى فقدت استقلالها واحترامها الاجتماعى والفكرى. إن التركيز على تفريغ أعداد هائلة من الأطباء بدعوى محاربة المرض والبؤس، أدى إلى الإخلال بالتركيبة الاجتماعية لقطاع كبير منهم، فقنعوا بوظيفة بسيطة فى القطاع العام، ولم يعودوا يتعرفون على أنفسهم كجزء من هذا السلك الطبى الذى تشكل عبر الأجيال السابقة.

تؤكد كل تلك الصعوبات التى تواجه المهنة، عن استمرار وجود تناقضات

بين المنطقين أو المفهومين، المنطق المهنى من جانب، والمنطق الاجتماعى من جانب آخر.

إن الوصول إلى المهن الحديثة فى إطار مجتمع فوقى يضمن قدرًا من الاحترام، وغالبًا قدرًا من الثراء، عبر الانفصال عن "الجموع" التى توصف بالتقليدية.

ويؤدى هذا التناقض بين الدور الاجتماعى والمصالح المادية إلى توترات تؤدى إلى التخلى عن نهج الصفوة.

ومن جهة أخرى يرجع الفشل الذى صاحب مشاريع الخدمات الصحية إلى عدم وجود فئات وسيطة قادرة على إدارة المشاكل الصحية اليومية، إضافة إلى أن البناء الاجتماعى الفوقى أدى إلى عدم ظهور هذه الفئات الوسيطة، فيجد الأطباء أنفسهم يقفون وحدهم فى مواجهة المآسى البيولوجية، فلا توجد مؤسسات مساعدة تقوم بالتوعية اللازمة والتأهيل (المدرسة والمصنع وحتى المستشفى)، واليوم بعد سلسلة من الإخفاقات يعاد تشكيل الحقل الطبى من جديد، فى ظل العودة إلى نوع من أنواع الليبرالية. لقد استطاع الأطباء بالفعل أن يصيغوا أنماطًا جديدة من أجل تحقيق النجاح، أو على الأقل لإعادة التواجد الطبقى، ولكن من السابق لأوانه أن نتحقق من نجاح هذه التجربة فى توفير الشروط اللازمة لطب عادل.

نشاهد حاليًا على الساحة محاولات لتطبيق مبدأ المساواة فى مواجهة المنطق البرجماتى، حيث تتشابك العديد من المصالح الشخصية باتجاه ضرورة إعادة صياغة مستمرة للتوفيق بين المنطق المهنى والمنطق الاجتماعى داخل السلك الطبى.

بالرغم من المحاولات المستمرة سواء أكانت ليبرالية أو اشتراكية، يظل الفقر هو أساس انتشار المرض، وانخفاض مستوى المعيشة، وتدنى شروط السكن.

وحتما سينجح الأطباء فى استعادة، أو على الأقل الحفاظ، على جزء من

الاحترام الاجتماعى والفكرى، فى ظل كل تلك التحولات. أما المـــصريون فـــإنهم على استعداد للرهان على الطب، ولهذا فليس مـــن المـــستحيل أن نـــرى بالفعـــل انخفاضًا ملحوظًا فى التفاوتات البيولوجية.

الهوامش

(١) اليونيسيف "وضع الأطفال فى العام" ١٩٨٩ ص ٩٤.

(٢) إن مشروع معاهدة حقوق الطفل الذى تم التصديق عليه فى ٢٠ نوفمبر ١٩٨٩، ساهم فى انعقاد مؤتمر قومى بالإسكندرية فى العام التالى للتصديق، والذى تم من خلاله مناقشة بعض نقاط هذا المشروع التى واجهت باعتراضات من قبل بعض دول العالم الثالث. حصلت السيدة سوزان مبارك، رئيسة هذا المؤتمر، على جائزة "موريس بث" وهى جائزة تمنحها اليونيسيف لإحدى الشخصيات أو المؤسسات التى تلعب دورًا متميزًا فى مجال الطفولة.

(٣) تقرير التنمية العالمية ١٩٩٣ الاستثمار فى مجال الصحة البنك الدولى. جامعة أكسفورد للنشر ١٩٢، ص ٢٩٤.

(٤) تقرير عن التأمين الاجتماعى الصحى، مايو ١٩٨٥ ص ٧-٨.

(٥) مستشفى "السلام" المهدد بالإفلاس. الأهرام، ١٩٨٨/٧/٢٩.

(6) A. Roussillon, «Islam, islamisme et démocratie: recomposition du champ politique», Égypre, recompositions, Peuples Méditerrainéens n° 41-42, oct. 1987-mars 1988, p. 303-339

(٧) من عام ١٩٨٤ إلى ١٩٨٨، تم تسجيل ٧٠٠٠ طبيب جديد فى النقابة، ونلاحظ تصويت ٧٠٠٠ صوت جديد لصالح القائمة الإسلامية فى انتخابات ١٩٨٨ بالمقارنة بانتخابات ١٩٨٤.

(٨) مجلة الأطباء عدد ١٠٠ مارس ١٩٨٧، ص ٦-٧

(٩) مجلة الأطباء عدد ١٠٣، أكتوبر ١٩٨٨ ص ٣١-٤٠

(١٠) مجلة الأطباء عدد ١٠١، نوفمبر ١٩٨٧، ص ٢٠.

(١١) إن الحديث عن المرجعية الإسلامية يمكن أن يؤدى أيضًا إلى مواقف متشددة بل وأحيانا تتسم بالخطورة.

(12) D. Jacquart et F. Micheau, La médecine arabe et l'Occidet médiéval, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990

(١٣) نتكلم عن "الطب العربى" بمعنى انه طب تشكل فى إطار اللغة العربية حتى وإن تطور فى العصر الإسلامى ليشمل حدودًا أوسع من مجرد الحدود الإقليمية العربية. إن مصطلح "الطب الإسلامى" يضفى مسحة دينية بعيدة عن أصل استخدام المصطلح فى بدايته.

(14) M. Levey, "Medical Deontology in Ninth Century Islam", Legacies in Ethics and Medicine, Chester. R. Burns éd., New York, 1977, P. 129-144

(١٥) تشير الأحاديث النبوية فى صحيح البخارى (القرن التاسع) إلى وجود ٨٠ فقرة، أى ٢,٣ % من مجموع الأحاديث تتحدث بشكل أو بآخر عن المسائل الطبية.

(16) J.C. Burgel, "Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine" Asian Medical Systems: A Comparative Study. Berkeley, ch. Leslie éd., University of California Press, 1976, p. 44-62.

(١٧) يمكن أن نجد فى احد الأعمال المنشورة، عن اثر المؤتمر الدولى المنعقد فى ألمانيا الشرقية، نموذجًا واضحًا لهذا الموضوع

Islamic, Cultural Identity and scientific-Technological Development. Klaus Gottstein éd. Nomos Verlagsgesellschaft , Baden-Baden, 1986

(18) Dialogue publié dans Le Journal des Débats du 30 mars 1883 et du 18 mai 1883.

(19) M.H. Sadar, "Science and Islam: is there a conflict ?" The Touch of Midas. Science, Values and Environment in Islam and the West, edited by Z.Sardar, Manchester University Press, 1984, p. 15-25.

(20) S.H. Nasr, Sciences et savoirs en Islam, Paris, Sindbad, 1988.

(٢١) Lecture d'un texte des Fréres musulmans égyptiens "L'islame en effervescence, Peuples Méditeranéens, n° 21 Octobre-décembre 1982.p.105-127. يحلل النص نمط التفكير الذى يكون عبثيًا أحيانًا، والمستخدم من أجل إضفاء الشرعية على بعض الأعمال باسم الدين.

(٢٢) الشيخ جاد الحق، مجلة المصور، ٨ نوفمبر ١٩٨٥، التى أشار إليها B.Botiveau "L'inimitabilite coranique en matiére médicale. Revue de la Presse égyptienne n° 20, 3e trimestre 1985 , CEDEJ, LE Caire.

(23) Islamic Code of Medical Ethics, International Organization of Islamic Medicine, Kuwait, 1981.

(24) Sarah Ben Néfissa-Paris, «Le mouvement associatif égyptien et l'islam. Éléments d'une problématique», Maghreb-Machr ek n° 135, janvier-mars 1992, p. 19-36.

(25) S. Ben Néfissa-Paris, art. cit., p. 27.

(٢٦) F.Zimmermann , Le discours des remédes au pays des épices. Enquête sur la médecine hindoue, Paris, Payot 1989. أنشأ الحكماء فى الهند مؤسسات تحفظ وتعمل على استمرار التقاليد الهندوسية. وهكذا نجحت ايديولوجية

العذوبة الموجودة فى هذا الطب فى أن تواجه النظام الطبى الغربـــى القـــائم علـــى العقاقير ذات الآثار الجانبية.

(27) I. Farag «Croyance et Intérêts: réflexion sur deux associations islamiques», Modernisation et nouvelles formes de mobilisation sociale, Égypte-Turquie, CEDEJ, Le Caire, 1992.

(٢٨) محمد المصرى "الإنتاج الفكرى الطبى للأطباء العرب فى الدوريات الطبية" رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، كلية الآداب، ١٩٨١.

(29) Dr. Doris Storms, "Health Manpower Report", Health Sector Assessment Phase I, USAID. Cairo, mars 1982

(30) Th. al-Mehairy, op. cit., p. 141.

هوامش الأعلام

(١) أبقراط

ولد بجزيرة "كوس" حوالى سنة ٤٦ ق. م. هو أشهر أطباء الأقدمين، عاش خمسًا وتسعين سنة، تعلم الطب من أبيه وجده وبرع فيه. رأى أن العلوم الطبية آخذة في الانقراض بانقراض أعلامها ونوابغها فرأى أن أفضل سبيل لحفظها هو إذاعتها فى سائر أرجاء العالم، وتسهيل تناولها على الناس أجمعين، لتصل إلى النفوس المستعدة للنبوغ فيها قائلا: "إن الجود بالخير يجب أن يكون على كل أحد يستحقه قريبًا كان أو بعيدًا.

ثم جمع نفرًا من الغرباء وعلمهم الطب وعهد إليهم العهد الذى كتبه وأحلفهم بالأيمان المذكورة فيه على أن يراعوا حقوقه وأن لا يعلموه أحدًا إلا بعد أخذ هذا العهد عليه.

روى ابن أبى أصيبعة قال: "كانت صناعة الطب قبل أبقراط كنزًا وذخيرة يكنزها الآباء ويذخرونها للأبناء. وكانت فى أهل بيت واحد منسوب إلى أسقليبيوس... وكان ملوك اليونان والعظماء منهم لم يكونوا يمكنون غيرهم من تعلم صناعة الطب، بل كانت الصناعة فيهم خاصة، يعلم الرجل منهم ولده أو ولد ولده فقط".

وكان تعليمهم بالمخاطبة ولم يكونوا يدونونها فى الكتب، وما احتاجوا إلى تدوينه فى الكتب دونوه بلغز حتى لا يفهمه أحد سواهم فيفسر ذلك اللغز الأب للابن. وكان الطب فى الملوك والزهاد فقط يقصدون به الخير إلى الناس من غير

أجرة ولا شرط، ولم يزل كذلك إلى أن نشأ أبقراط فرأى أهل بيته قد اختلفوا في صناعة الطب، وتخوف أن يكون ذلك سببًا لفساده، فعمد إلى أن تدوينه في الكتب وكان له ولدان وتلميذ فاضل فعلمهم هذه الصناعة، ووضع عهدًا استحلف فيه المتعلم لها على أن يكون ملازمًا للطهارة والفضيلة، ثم وضع ناموسًا عرف من الذي ينبغي له أن يتعلم صناعة الطب، ثم وصية عرف فيها جميع ما يحتاج إليه الطبيب في نفسه.

حكم أبقراط

الطب قياس وتجربة.. كل مرض معروف السبب موجود الشفاء.. الناس اغتذوا في حال الصحة بأغذية السباع فأمرضتهم فغذوناهم بأغذية الطير فصحوا... نأكل لنعيش، لا نعيش لنأكل... يتداوى كل عليل بعقاقير أرضه فإن الطبيعة تفزع إلى عاداتها، فقيل له لم أثور ما يكون البدن إذا شرب الإنسان الدواء؟ قال لأن أشد ما يكون البيت غبارًا إذا كنس... محاربة الشهوة أيسر من معالجة العلة... ومن أجل حكمه: ليس معي من فضيلة العلم إلا علمي بأني لست بعالم.

وقد وضع أبقراط حوالي ستين مؤلفا، علم عنه العرب نحوًا من ثلاثين كتابًا منها:

- كتاب الأجنة
- كتاب طبيعة الإنسان
- كتاب الأهوية والمياه والبلدان
- كتاب الفصول.

عهد أبقراط

وقد نقل موفق الدين بن أبى أصيبعة فى كتاب طبقات الأطباء عهدًا لأبقراط نأخذه عنه بنصه:

"إنى أقسم باللّه رب الحياة والموت وواهب الصحة وخالق الشفاء وكل علاج وأقسم بأسقليبيوس وأقسم بأولياء اللّه من الرجال والنساء جميعًا وأشـهدهم جميعًا على أنى أفى بهذه اليمين وهذا الشرط، وأرى أن المعلم لى هذه الصناعة بمنزلة آبائى وأواسيه فى معاشى إذا احتاج إلى مال وأتيته وواصلته من مالى. وأما الجنس المتناسل منه فأرى أنه مساو لإخوتى وأعلمهم هذه الصناعة إن احتاجوا إلى تعلمها بغير أجرة ولا شرط وأشرك أولادى وأولاد المعلم لى والتلاميذ الذين كتب عليهم الشرط وحلفوا بالناموس الطبى فى الوصايا والعلوم وسائر ما فى الصناعة وأما غير هؤلاء فلا أفعل له ذلك، وأقصد فى جميع التدبير بقدر طاقتى منفعة المرضى، وأما الأشياء التى تضر بهم وتدنى منهم بالجور عليهم فأمنع منها بحسب رأيى ولا أعطى إذا طلب منى دواء قتالا ولا أشير أيضًا بمثل هذه المشورة، وكذلك أيضًا لا أرى أنى أدنى من النسوة فرزجة تسقط الجنين وأحفظ نفسى فى تدبيرى وصناعتى فى الزكاة والطهارة، ولا أشق أيضًا عمن فى مثانته حجارة، لكن أترك ذلك إلى من كانت حرفته هذا العمل وكل المنازل التى أدخلها إنما أدخل إليها لمنفعة المرضى وأنا بحال خارجة عن كل جور وظلم وفساد إرادى مقصود إليه فى سائر الأشياء التى أعاينها فى أوقات علاج المرضى أو أسمعها، أو فى غير أوقات علاجهم فى تصرف الأشياء التى لا ينطق بها خارجًا فأمسك عنها وأرى أن أمثالها لا تنطق به، فمن أكمل هذه اليمين ولم يفسد منها شيئًا كان له أن يكمل تدبيره وصناعته على أفضل الأحوال وأجملها، وأن يحمده جميع الناس فيما يأتى من الزمان دائمًا ومن تجاوز ذلك كان بضده".

(٢) ابن أبــى أصيبعـة

موفق الدين أبو العباس أحمد بن سديد الدين القاسم، سليل أسـرة اشـتهرت بالطب، وموفق الدين أشهر أفراد الأسرة وإليه يصرف الانتباه إذا ذكر: ابـن أبـى أصيبعة. ولد بدمشق سنة ١٢٠٣، ونشأ فـى بيئـة حافلـة بالـدرس والتـدريس، والتطبيب والمعالجة.

درس فى دمشق والقاهرة نظريا وعمليا، وطبق دروسه فـى البيماريـستان النورى، وكان من أساتذته ابن البيطار العـالم النبـاتى الـشهير ومؤلـف "جـامع المفردات".

ولم يقم ابن أبى أصيبعة طويلاً فى مصر، إذ تركها سنة ١٢٣٧ إلـى بـلاد الشام، وفيها توفى سنة ١٢٦٩.

اشتهر ابن أبى أصيبعة بكتابه الذى سماه "عيون الأنباء فى طبقات الأطبـاء" والذى يعتبر من أمهات المصادر لدراسة تاريخ الطب عند العرب. ويستشف مـن أقوال ابن أبى أصيبعة نفسه أنه ألف ثلاثة كتب أخرى، ولكنها لم تصل إلينا، وهى: كتاب حكايات الأطباء فى علاجات الأدواء، وكتاب إصابات المنجمـين، وكتـاب التجارب والفوائد الذى لم يتم تأليفه.

(٣) ابن بطلان

ابن بَطْلان هو أبو الحسن المختار بن الحسن عبدون بن سعدون بن بطلان، طبيب نصرانى من أهل بغداد، اشتهر بالطب، توفى سنة ١٠٦٣.

وكان معاصرًا لعلى بن رضوان الطبيب المصرى، وكان بينهما مجـادلات ومناقضات قبل أن يتعارفا.

خرج ابن بطلان من بغداد إلى الموصل وديار بكر، ودخل حلب وأقام بها مدة، ثم تركها إلى مصر وغايته الاجتماع بخصمه ابن رضوان، وأقام بها ثلاث سنين جرت له فى أثنائها مع ابن رضوان وقائع كثيرة ولّدت رسائل جدلية، فترك ابن بطلان مصر مغضبًا، وألف فى ابن رضوان رسالة مشهورة.

ترك ابن بطلان عددًا كبيرًا من المصنفات الطبية أهمها:

- تقويم الصحّة، الذى ترجم وطبع
- مقامة دعوة الأطباء
- مقالة فى شرب الدواء المسهل
- مقالة فى كيفية دخول الغذاء فى البدن وهضمه وخروج فضلاته
- كتاب المدخل إلى الطب
- كتاب عمدة الطبيب فى معرفة النبات

(٤) ابن البيطار

أبو محمد ضياء الدين عبد الله بن أحمد بن البيطار، المالقى الأندلسى، وهو طبيب وعشاب، ويعتبر من أشهر علماء النبات عند العرب. ولد فى أواخر القرن السادس الهجرى، ودرس على أبى العباس النباتى الأندلسى، الذى كان يعشب، أى يجمع النباتات لدرسها وتصنيفها، فى منطقة إشبيلية.

سافر ابن البيطار، وهو فى أول شبابه، إلى المغرب، فجاب مراكش والجزائر وتونس، معشبًا ودارسًا وقيل إنه تجاوز إلى بلاد الأغارقة وأقصى بلاد الروم، آخذًا من علماء النبات فيها. واستقر به الحال فى مصر، متصلاً بخدمة الملك الأيوبى الكامل الذى "عينه رئيسًا على سائر العشابين وأصحاب البسطات" كما يقول

ابن أبى أصيبعة، وكان يعتمد عليه فى الأدوية المفردة والحشائش. ثم خدم ابنه الملك الصالح نجم الدين صاحب دمشق.

وقد توفى ابن البيطار بدمشق سنة ١٢٤٨، تاركًا مصنفات أهمها:

ـ كتاب الجامع لمفردات الأدوية والأغذية، وهو معروف بمفردات ابن البيطار، وقد سماه ابن أبى أصيبعة "كاتب الجامع فى الأدوية المفردة"، وهو مجموعة من العلاجات البسيطة المستمدة من عناصر الطبيعة، وقد ترجم وطبع.

ـ كتاب المغنى فى الأدوية المفردة، يتناول فيه الأعضاء واحدًا واحدًا، ويذكر طريقة معالجتها بالعقاقير.

ـ كتاب الإبانة والأعلام بما فى المنهاج من الخلل والأوهام

ـ كتاب الأفعال الغريبة، والخواص العجيبة.

ومن صفات ابن البيطار، كما جاء على لسان ابن أبى أصيبعة، أنه كان صاحب أخلاق سامية، ومروءة كاملة، وعلم غزير. وكان لابن البيطار قوة ذاكرة عجيبة، وقد أعانته ذاكرته القوية على تصنيف الأدوية التى قرأ عنها، واستخلص من النباتات العقاقير المتنوعة فلم يغادر صغيرة ولا كبيرة إلا طبقها، بعد تحقيقات طويلة. وعنه يقول ماكس مايرهوف: إنه أعظم كاتب عربى ظهر فى علم النبات.

(٥) ابن الخطيب

لسان الدين أبو عبد الله محمد بن عبد الله بن سعيد بن الخطيب، ولد عام ١٣١٣.

ترك ابن الخطيب آثارًا متعددة تناول فيها الأدب، والتاريخ، والجغرافيا، والرحلات، والشريعة، والأخلاق، والسياسة، والطب، والموسيقى، والنبات.

عاش فى غرناطة، وترقى فى مناصب الدولة حتى ولى منصب الوزارة فى دولة ملوك بنى الأحمر بالأندلس، حتى نفى إلى المغرب حيث سجن بتهمة الزندقة، ومات قتلاً بمحبسه سنة ١٣٧٤.

من مؤلفاته المعروفة:

ـ الإحاطة فى أخبار غرناطة

ـ اللمحة البدرية فى الدولة النصرية

ـ أعمال الأعلام.

أما كتبه العلمية فأهمها:

ـ مقنعة السائل عن المرض الهائل، وهو رسالة فى الطاعون الجارف الذى نكبت به الأندلس سنة ١٣٤٨ ذكر فيها أعراض ظهوره وطرق الوقاية منه.

ـ عمل من طب لمن أحب، وهو مصنف طبى

ـ الوصول لحفظ الصحة فى الفصول، وهى رسالة فى الوقاية من الأمراض بحسب الفصول.

(٦) ابن الرهاوى

إسحاق بن على الرهاوى، قال العلامة بن أبى أصيبعة فى طبقاته: "كان طبيبًا متميزًا عالمًا بكلام جالينوس وله أعمال جيدة فى صناعة الطب، ولإسحق بن على الرهاوى من الكتب كتاب أدب الطبيب، وكتاب جمعه من عشر مقالات لجالينوس المعروفة بالميامر فى تركيب الأدوية بحسب أمراض الأعضاء من الرأس إلى القدم، وجوامع جمعها من أربعة كتب جالينوس التى رتبها

الإسكندرانيون فى أوائل كتبه وهى كتاب الفرق وكتاب الصناعة الأخيرة، وكتاب النبض الصغير، وكتابه إلى أغلوتن، وجعل هذه الجوامع على طريق الفصول وأوائل فصولها على حرف المعجم".

(٧) ابن المجوسى

على بن العباس المجوسى، اشتهر بالطب، توفى سنة ١٠١٠.

وهو من أطباء الدولة العباسية فى أواسط مدتها، فارسى الأصل، أهوازى الموطن. اتصل بعضد الدولة بن بويه، وصنف له كتابًا مشهورًا فى الطب اسمه "كامل الصناعة الطبية الضرورية" واشتهر باسم "الكتاب الملكى"، فيه عشرون مقالة وما زال مخطوطا، قال عنه ابن أبى أصيبعة: "كتاب جليل مشتمل على أجزاء الصناعة الطبية علمها وعملها". وقال القفطى: "مال الناس إليه فى وقته، ولزموا درسه، إلى أن ظهر كتاب ابن سينا فمالوا إليه".

(٨) ابن النفيس

هو أبو الحسن علاء الدين على بن أبى الحزم، طبيب وعالم وفيلسوف، ولد بدمشق عام ١٢١٥، وتوفى بالقاهرة عام ١٢٨٨ فى زمن السلطان قلاوون. لم تقتصر شهرة ابن النفيس على الطب، بل كان يعد من كبار علماء عصره فى اللغة والفلسفة والفقه والحديث. وتتأتى شهرته ومكانته الطبية العالية لإسهاماته الكثيرة فى هذا المجال، غير أن وصفه للدورة الدموية الرئوية وصفًا علميا صحيحا لأول مرة فى تاريخ الطب، وانتقاده لآراء من سبقوه فى هذا الموضوع، وتصحيحه لأخطائهم بجرأة فائقة ومنطق سليم، وضعه فى كتب تاريخ الطب باعتباره المكتشف الأول والحقيقى لدوران الدم فى الرئة.

(٩) ابن سينا

أبو على الحسين بن عبد الله بن الحسن بن على بن سيناء اشتهر بالطب والفلسفة، ولد بفارس سنة ٩٨٠ وتوفى سنة ١٠٣٧. ترك مؤلفات متعددة شملت مختلف حقول المعرفة فى عصره: كالعلوم الآلية، وتشتمل على كتب المنطق، وما يلحق بها من كتب اللغة والشعر. والعلوم النظرية، وتشتمل على كتب العلم الكلى، والعلم الإلهى، والعلم الرياضى، والعلم الطبيعى. والعلوم العملية، وتشتمل على كتب الأخلاق، وتدبير المنزل، وتدبير المدينة، والتشريع. ولهذه العلوم الأصلية فروع وتوابع، فالطب مثلاً من توابع العلم الطبيعى، والموسيقى وعلم الهيئة من فروع العلم الرياضى.

أشهر كتب ابن سينا الطبية كتاب القانون الذى ترجم وطبع عدّة مرات والذى ظل يُدرس فى جامعات أوروبا حتى أواخر القرن التاسع عشر، المحرر.

(١٠) أبو بكر الرازى

أبو بكر الرازى، من علماء القرن الثالث الهجرى، اشتهر بالطب والكيمياء. ولد فى مدينة الرى جنوبى طهران بفارس. وعاش فى أيام الخليفة العباسى عضد الدولة، وكان مجلسه من العلماء والحكماء. وقد استشاره الخليفة عندما أراد بناء المستشفى العضدى فى بغداد، وذلك لاختيار الموقع الملائم له.

واشتهر الرازى بعلوم الطب والكيمياء، وكان يجمع بينهما لدى وضع الدواء المناسب لكل داء. ويعتبره المؤرخون من أعظم أطباء القرون الوسطى، فقد جاء فى كتاب الفهرست: "كان الرازى أوحد دهره، وفريد عصره، وقد جمع المعرفة بعلوم القدماء، سيما الطب.

وقد ترك الرازى عددًا كبيرًا من المؤلفات، ضاع قسم كبير منها.

من مؤلفاته المعروفة:

ـــ الطب الروحانى

ـــ كتاب سر الأسرار

ـــ كتاب الحاوى، وهو من أعظم كتب الطب التى ألفها

ـــ الأسرار فى الكيمياء، الذى كان مرجعًا فى مدارس أوروبا مدة طويلة

ـــ كتاب فى الحصبة والجدرى، الذى عـرض فيـه أعـراض المرضـين والتفرقة بينهما

ـــ كتاب من لا يحضره طبيب، المعروف باسم طب الفقراء، وفيـه شـرح الطرق المعالجة فى غياب الطبيب كما يعدد الأدوية المنتشرة التى يمكن الحـصول عليها بسهولة.

والرازى امتاز بوفرة الإنتاج، حتى أربت مؤلفاته على مـائتين وعـشرين مخطوطة، ضاع معظمها بفعل الانقلابات السياسية، ولم يصلنا منها سـوى النـذير اليسير المتوفر حاليًا فى المكتبات الغربية.

وقد سلك فى أبحاثه مسلكًا علميا سليمًا، فأجرى التجارب واستخدم الرصـد والتتبع، مما أعطى تجاربه الكيميائية قيمة خاصة، حتى إن بعض علمـاء الغـرب اليوم يعتبرون الرازى مؤسس الكيمياء الحديث. وقد طبق معلوماته الكيميائية فـى حقل الطب، واستخدم الأجهزة وصنعها.

ويظهر فضل الرازى فى الكيمياء، بصورة جلية، عند قسم المواد المعروفـة فى عصره إلى أربعة أقسام هي: المواد المعدنية، المواد النباتية، المواد الحيوانيـة، المواد المشتقة. كما قسم المعدنيات إلى أنواع، بحسب طبائعها وصفاتها، وحـضر بعض الحوامض. وما زالت الطرق التى اتبعها فى التحضير مستخدمة حتى اليوم.

وهو أول من ذكر حامض الكبريتيك الذى أطلق على اسم "زيت الزاج" أو "الـــزاج الأخضر".

(١١) جالينوس

جالينوس هو أشهر الأطباء اليونانيين القدماء بعد أبقراط.

ولد عام ٣١ بمدينة "فرجامس"، وهى مدينة صغيرة من مدن آســيا شـــرقى قسطنطينية.

فى عمر الخامسة عشر بدأ دراسة المنطق والفلسفة، وبعد مرور سنتين يرى والده رؤية فى منامه تنبئه بأن ولده سيكون له دور مرموق فى عالم الطب، فيقرر تغيير مسار دراسة ولده إلى الطريق المقدر.

بموت والده عام ١٥٢ يقرر جالينوس ترك مسقط رأسه، ويتوجه فى جولة دراسية عبر مدن وجزر البحر المتوسط، بغرض تحصيل الدرس على يــد أشـــهر أطباء حوض البحر المتوسط، وتنتهى به هذه الرحلة بالإسكندرية، حيــث يمكــث هناك حتى يبلغ التاسعة والعشرين من عمره، ثم يرتحل عائدا إلى مسقط رأسه.

وهناك يعمل طبيبًا بإحدى مدارس المصارعة، وبفضل المساهمات التطوعية لتلاميذها يتمكن من إثراء وتطوير معلوماته فى التشريح وتجريب طــرق جديـــدة لعلاج إصابات وآلام الأعصاب.

لا يمكث بهذا المكان سوى أربع ســنوات يتوجــه بعــدها إلـــى عاصـــمة الإمبراطورية "روما"، وهناك تتفتح صفحة جديدة فى مسار حياته، فيــدرس علـــم العقاقير (ترتبط دراسة النباتات بغرض استخلاص العقاقير منها باســم الــصيدلية الجالونيسية). كما يقوم بالتدريب على التشريح مــستخدمًا الحيوانـــات (وخاصـــة القردة) ـــ حيث كان تشريح جسم الإنسان محظورًا فى ذلك الوقت ـــ وقد قاده هذا

إلى الخروج بنتائج واستنتاجات خاطئة فى أحيان كثيرة، نتيجة تطبيقه لنتائج تشريح الحيوان على جسم الإنسان، مستعينا فى ذلك بتقديرات استقرائية معتمدة علــى مــا يدرسه بجسم الحيوان.

لكنه على أية حال قدم إسهامات مهمة فى علم وظائف العضلات، والجهاز العصبى، فوصف بدقة الدفعة العصبية من المخ، ودرس دور الأعصاب فى التحكم بحركة العضلات، ودرس أيضًا حركة الدم بالأوردة والشرايين.

وضع مخططًا فى الفسيوجيا البشرية، يعتمد على مذهب العناصر الأربعــة: الماء، والهواء، والأرض، والنار... وقد استند تفسيره للظواهر الفسيولوجية علــى فعل القوى الغيبية، التى تسمى الأرواح. وصنف هذه الأرواح إلى ثــلاث قــوى: أرواح طبيعية تتشكل فى الكبد (تتعامل مع ما هو طبيعى مثــل التغذيــة) أرواح حيوية تتشكل فى القلب والشرايين (تتعامل مع ما هو حيوى مثل نبضات القلــب) أرواح حيوانية تتشكل فى المخ (تتعامل مع ما هو حيوانى مثل النوازع والغرائــز والذكاء والمشاعر).

وقد ظل هذا المخطط الفسيولوجى محتفظًا بسيادته ومعتمــدًا لــدى الغــرب طوال فترة العصور الوسطى، حيث ظلت أفكــاره ونظرياتــه تمــارس نفوذهــا كمرجعية طبية منذ القرن الثانى وحتى القرن الخامس عشر.

ترك جالينوس إنتاجًا ضخما يربو على خمسمائة مؤلف، عن الدواء والفلسفة والأخلاقيات، إلا أن معظم هذه المؤلفات لم تصل إلى أيدينا، نتيجة دمارهــا فــى إحدى الحرائق الشهيرة، لكن بعض هذه المؤلفات التى وصلت إلينا يرجع الفــضل فيها إلى الترجمات التى قام بها المفكرون العرب لأعماله، وبوجه خــاص أعمالــه الطبية، التى ظلت لزمن طويل المرجع الأساسى للفكر الطبى العربى.

(١٢) الشيخ حسن العطار

ولد عام ١٧٦٦ وتوفى عام ١٨٣٥، وكان مولده بالقاهرة. اجتهد فى إحراز المعارف وأخذ عن كبار مشايخ الأزهر حتى نال من العلوم الدينية قسطًا كبيرًا، وعندما جاء الفرنسيون إلى مصر اتصل بهم واستفاد من الفنون الشائعة فى بلادهم وأعجب بما بلغوه من تقدم علمى، وكان من أول علماء الأزهر الذين أدركوا أهمية التفاعل مع الحضارة الأوروبية.

تجول فى بلاد كثيرة يفيد ويستفيد، ثم رجع إلى مصر، فأقر لـه علماؤهـا بالسبق، فتولى التدريس بالأزهر وتقلد مشيخته سنة ١٨٣٠، واستمر بها إلى سنة وفاته. وكانت علاقته بمحمد على باشا علاقة طيبة، فطلب منه أن ينتخب من علماء الأزهر إمامًا للبعثة العلمية الأولى إلى فرنسا (١٨٢٦) فاختار الشيخ رفاعة الطهطاوى، أنجب تلاميذه، وقد أخذ الشيخ رفاعة عن الشيخ العطار ميله إلى العلوم العصرية، كما أن الطهطاوى يقول فى "تخليص الإبريز" إن الشيخ العطار هو الذى أشار عليه قبل رحيله إلى فرنسا أن يدون رحلته فى تلك الأقطار، فكان "تخليص الإبريز فى تلخيص باريز".

وقد خلف الشيخ حسن العطار عدة مؤلفات فى الأصول والنحو والبيان والمنطق والطب، وكان عليمًا بعلم الفلك، وله فى ذلك رسالة، كما اشتهر بفنون الأدب والشعر.

(١٣) كلوت بك

ولد بمدينة جرينوبل بفرنسا عام ١٧٩٣. بعد إتمامه دراسة الطب تعرف إلى تاجر فرنسى كان محمد على باشا عهد إليه بأن يختار له طبيبًا للجيش المصرى، فعرض عليه الأمر وشجعه على القبول، فقبل المهمة وجاء إلى مصر سنة ١٨٢٥.

عهد إليه محمد على تنظيم الإدارة الصحية للجيش المصرى المنشأ سنة ١٨٢٠، وجعله رئيس أطباء الجيش.

اقترح على محمد على إنشاء مستشفى عسكرى بأبو زعبل ــ بجوار المعسكر العام للجيش الذى كان بمنطقة الخانكة ــ فتم له ذلك، وأصبح المستشفى فيما بعد مستشفى عاما لمعالجة الجنود وغيرهم.

وفى عام ١٨٢٧ أنشأ مدرسة للطب بجوار المستشفى، وتولى إدارتها، ثم نقلت المدرسة ومعها المستشفى إلى قصر العينى سنة ١٨٣٧.

بذل جهودًا صادقة فى ترقية حالة البلاد الصحية ومقاومة الأمراض، فأسس مجلسًا للصحة على النظام الفرنسى، وعنى بتنظيم المستشفيات، وأنشأ مجلس الصحة البحرى بالإسكندرية.

وهو الذى أشار باستعمال التطعيم ضد الجدرى، بعد أن كان يودى بحياة نحو ستين ألفًا من الأطفال كل عام، وكافح هو وتلاميذه وباء الكوليرا الذى وقع بمصر سنة ١٨٣٠، فأنعم محمد على باشا عليه بمنحه رتبة البكوية، وفى عام ١٨٣٥ أنعم عليه برتبة أمير لواء بعد أن قام بجهود كبيرة فى مقاومة الطاعون الذى ضرب البلاد فى العام نفسه.

ولما تولى عباس باشا الأول اضمحلت مدرسة الطب، فعاد كلوت بك إلى فرنسا، وأقفلت مدرسة الطب فى عهد سعيد باشا والتحق تلاميذها بالجيش. وفى عام ١٨٥٦ قرر سعيد باشا إعادة افتتاح المدرسة فاستدعى كلوت بك، غير أنه سرعان ما عاد إلى فرنسا بعد سنتين نتيجة اعتلال صحته، وتوفى ببلده عام ١٨٦٨.

مراجع التحرير

ـ عبد الرحمن الجبرتى، عجائب الآثار فى التراجم والأخبار، طبعة الهيئة العامة للكتاب، ٢٠٠٣.

ـ عبد الرحمن الرافعى، عصر محمد على، دار المعارف، الطبعة السادسة، ٢٠٠١.

ـ لويس جرجس، يوميات من التاريخ المصرى، الهيئة العامة للكتاب، سلسلة تاريخ المصريين، ١٩٩٨

ـ جمال بدوى، محمد على وأولاده، مكتبة الأسرة، ١٩٩٩.

ـ جى فارجيت، ترجمة محمد رفعت عواد، محمد على مؤسس مصر الحديثة، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومى للترجمة ٤٩٢، ٢٠٠٣.

ـ محمد عبد الفتاح أبو الفضل، الصحوة المصرية فى عهد محمد على، المجلس الأعلى للثقافة، ١٩٩٨.

ـ موسوعة علماء العرب، موقع على الإنترنت، www.alnoor-world.com.

ـ Encarta Encyclopedia، موقع على الإنترنت.

المشروع القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة مشروع تنمية ثقافية بالدرجة الأولى ، ينطلق من الإيجابيات التى حققتها مشروعات الترجمة التى سبقته فى مصر والعالم العربى ويسعى إلى الإضافة بما يفتح الأفق على وعود المستقبل، معتمداً المبادئ التالية :

١- الخروج من أسر المركزية الأوروبية وهيمنة اللغتين الإنجليزية والفرنسية .

٢- التوازن بين المعارف الإنسانية فى المجالات العلمية والفنية والفكرية والإبداعية .

٣- الانحياز إلى كل ما يؤسس لأفكار التقدم وحضور العلم وإشاعة العقلانية والتشجيع على التجريب .

٤- ترجمة الأصول المعرفية التى أصبحت أقرب إلى الإطار المرجعى فى الثقافة الإنسانية المعاصرة، جنبًا إلى جنب المنجزات الجديدة التى تضع القارئ فى القلب من حركة الإبداع والفكر العالميين .

٥- العمل على إعداد جيل جديد من المترجمين المتخصصين عن طريق ورش العمل بالتنسيق مع لجنة الترجمة بالمجلس الأعلى للثقافة .

٦- الاستعانة بكل الخبرات العربية وتنسيق الجهود مع المؤسسات المعنية بالترجمة .

المشروع القومى للترجمة

١-	اللغة العليا	چون كوين	أحمد درويش
٢-	الوثنية والإسلام (ط١)	ك. مادهو پانيكار	أحمد فؤاد بلبع
٣-	التراث المسروق	چورج چيمس	شوقى جلال
٤-	كيف تتم كتابة السيناريو	إنجا كاريتنيكوڤا	أحمد الحضرى
٥-	ثريا فى غيبوبة	إسماعيل فصيح	محمد علاء الدين منصور
٦-	اتجاهات البحث اللسانى	ميلكا إڤيتش	سعد مصلوح ووفاء كامل فايد
٧-	العلوم الإنسانية والفلسفة	لوسيان غولدمان	يوسف الأنطكى
٨-	مشعلو الحرائق	ماكس فريش	مصطفى ماهر
٩-	التغيرات البيئية	أندرو س. جودى	محمود محمد عاشور
١٠-	خطاب الحكاية	چيرار چينيت	محمد معتصم وعبد الجليل الأزدى وعمر حلى
١١-	مختارات شعرية	ڤيسواڤا شيمبوريسكا	هناء عبد الفتاح
١٢-	طريق الحرير	ديڤيد براونيستون وأيرين فرانك	أحمد محمود
١٣-	ديانة الساميين	روبرتسن سميث	عبد الوهاب علوب
١٤-	التحليل النفسى للأدب	چان بيلمان نويل	حسن المودن
١٥-	الحركات الفنية منذ ١٩٤٥	إدوارد لوسى سميث	أشرف رفيق عفيفى
١٦-	أثينة السوداء (جـ١)	مارتن برنال	بإشراف: أحمد عتمان
١٧-	مختارات شعرية	فيليب لاركين	محمد مصطفى بدوى
١٨-	الشعر النسائى فى أمريكا اللاتينية	مختارات	طلعت شاهين
١٩-	الأعمال الشعرية الكاملة	چورج سفيريس	نعيم عطية
٢٠-	قصة العلم	ج. ج. كراوثر	يمنى طريف الخولى و بدوى عبد الفتاح
٢١-	خوخة وألف خوخة وقصص أخرى	صمد بهرنجى	ماجدة العنانى
٢٢-	مذكرات رحالة عن المصريين	چون أنتيس	سيد أحمد على الناصرى
٢٣-	تجلى الجميل	هانز چيورج جادامر	سعيد توفيق
٢٤-	ظلال المستقبل	پاتريك بارندر	بكر عباس
٢٥-	مثنوى (٦ أجزاء)	مولانا جلال الدين الرومى	إبراهيم الدسوقى شتا
٢٦-	دين مصر العام	محمد حسين هيكل	أحمد محمد حسين هيكل
٢٧-	التنوع البشرى الخلاق	مجموعة من المؤلفين	بإشراف: جابر عصفور
٢٨-	رسالة فى التسامح	چون لوك	منى أبو سنة
٢٩-	الموت والوجود	چيمس ب. كارس	بدر الديب
٣٠-	الوثنية والإسلام (ط٢)	ك. مادهو پانيكار	أحمد فؤاد بلبع
٣١-	مصادر دراسة التاريخ الإسلامى	چان سوفاچيه - كلود كاين	عبد الستار الحلوجى وعبد الوهاب علوب
٣٢-	الانقراض	ديڤيد روب	مصطفى إبراهيم فهمى
٣٣-	التاريخ الاقتصادى لأفريقيا الغربية	أ. ج. هوبكنز	أحمد فؤاد بلبع
٣٤-	الرواية العربية	روچر ألن	حصة إبراهيم المنيف
٣٥-	الأسطورة والحداثة	پول ب . ديكسون	خليل كلفت
٣٦-	نظريات السرد الحديثة	والاس مارتن	حياة جاسم محمد

٣٧-	واحة سيوة وموسيقاها	بريجيت شيفر	جمال عبد الرحيم
٣٨-	نقد الحداثة	آلن تورين	أنور مغيث
٣٩-	الحسد والإغريق	بيتر والكوت	منيرة كروان
٤٠-	قصائد حب	آن سكستون	محمد عيد إبراهيم
٤١-	ما بعد المركزية الأوروبية	بيتر جران	عاطف أحمد وإبراهيم فتحى ومحمود ماجد
٤٢-	عالم ماك	بنجامين باربر	أحمد محمود
٤٣-	اللهب المزدوج	أوكتافيو باث	المهدى أخريف
٤٤-	بعد عدة أصياف	ألدوس هكسلى	مارلين تادرس
٤٥-	التراث المغدور	روبرت ديناوجون فاين	أحمد محمود
٤٦-	عشرون قصيدة حب	بابلو نيرودا	محمود السيد على
٤٧-	تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ١)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٤٨-	حضارة مصر الفرعونية	فرانسوا دوما	ماهر جويجاتى
٤٩-	الإسلام فى البلقان	هـ . ت . نوريس	عبد الوهاب علوب
٥٠-	ألف ليلة وليلة أو القول الأسير	جمال الدين بن الشيخ	محمد برادة وعثمانى الميلود ويوسف الأنطكى
٥١-	مسار الرواية الإسبانو أمريكية	داريو بيانويبا وخ. م. بينياليستى	محمد أبو العطا
٥٢-	العلاج النفسى التدعيمى	ب. نوفاليس وس . روجسيفيتز وروجر بيل	لطفى فطيم وعادل دمرداش
٥٣-	الدراما والتعليم	أ . ف . ألنجتون	مرسى سعد الدين
٥٤-	المفهوم الإغريقى للمسرح	ج . مايكل والتون	محسن مصيلحى
٥٥-	ما وراء العلم	چون بولكنجهوم	على يوسف على
٥٦-	الأعمال الشعرية الكاملة (جـ١)	فديريكو غرسية لوركا	محمود على مكى
٥٧-	الأعمال الشعرية الكاملة (جـ٢)	فديريكو غرسية لوركا	محمود السيد و ماهر البطوطى
٥٨-	مسرحيتان	فديريكو غرسية لوركا	محمد أبو العطا
٥٩-	المحبرة (مسرحية)	كارلوس مونييث	السيد السيد سهيم
٦٠-	التصميم والشكل	جوهانز إيتين	صبرى محمد عبد الغنى
٦١-	موسوعة علم الإنسان	شارلوت سيمور – سميث	بإشراف : محمد الجوهرى
٦٢-	لذّة النّص	رولان بارت	محمد خير البقاعى
٦٣-	تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ٢)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٦٤-	برتراند راسل (سيرة حياة)	آلان وود	رمسيس عوض
٦٥-	فى مدح الكسل ومقالات أخرى	برتراند راسل	رمسيس عوض
٦٦-	خمس مسرحيات أندلسية	أنطونيو جالا	عبد اللطيف عبد الحليم
٦٧-	مختارات شعرية	فرناندو بيسوا	المهدى أخريف
٦٨-	نتاشا العجوز وقصص أخرى	ڤالنتين راسبوتين	أشرف الصباغ
٦٩-	العالم الإسلامى فى أوائل القرن العشرين	عبد الرشيد إبراهيم	أحمد فؤاد متولى وهويدا محمد فهمى
٧٠-	ثقافة وحضارة أمريكا اللاتينية	أوخينيو تشانج رودريجث	عبد الحميد غلاب وأحمد حشاد
٧١-	السيدة لا تصلح إلا الرمى	داريو فو	حسين محمود
٧٢-	السياسى العجوز	ت . س . إليوت	فؤاد مجلى
٧٣-	نقد استجابة القارئ	چين ب . تومبكنز	حسن ناظم وعلى حاكم
٧٤-	صلاح الدين والمماليك فى مصر	ل . ا . سيميونوڤا	حسن بيومى

٧٥-	فن التراجم والسير الذاتية	أندريه موروا	أحمد درويش
٧٦-	جاك لاكان وإغواء التحليل النفسي	مجموعة من المؤلفين	عبد المقصود عبد الكريم
٧٧-	تاريخ النقد الأدبي الحديث (جـ٢)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٧٨-	العولمة : النظرية الاجتماعية والثقافة الكونية	رونالد روبرتسون	أحمد محمود ونورا أمين
٧٩-	شعرية التأليف	بوريس أوسبنسكي	سعيد الغانمي وناصر حلاوي
٨٠-	بوشكين عند «نافورة الدموع»	ألكسندر بوشكين	مكارم الغمري
٨١-	الجماعات المتخيلة	بندكت أندرسن	محمد طارق الشرقاوي
٨٢-	مسرح ميجيل	ميجيل دي أونامونو	محمود السيد علي
٨٣-	مختارات شعرية	غوتفريد بن	خالد المعالي
٨٤-	موسوعة الأدب والنقد (جـ١)	مجموعة من المؤلفين	عبد الحميد شيحة
٨٥-	منصور الحلاج (مسرحية)	صلاح زكي أقطاي	عبد الرازق بركات
٨٦-	طول الليل (رواية)	جمال مير صادقي	أحمد فتحي يوسف شتا
٨٧-	نون والقلم (رواية)	جلال آل أحمد	ماجدة العناني
٨٨-	الابتلاء بالتغرب	جلال آل أحمد	إبراهيم الدسوقي شتا
٨٩-	الطريق الثالث	أنتوني جيدنز	أحمد زايد ومحمد محيي الدين
٩٠-	وسم السيف وقصص أخرى	بورخيس وآخرون	محمد إبراهيم مبروك
٩١-	المسرح والتجريب بين النظرية والتطبيق	باربرا لاسوتسكا - بشونباك	محمد هناء عبد الفتاح
٩٢-	أساليب ومضامين المسرح الإسبانوأمريكي المعاصر	كارلوس ميجيل	نادية جمال الدين
٩٣-	محدثات العولمة	مايك فيذرستون وسكوت لاش	عبد الوهاب علوب
٩٤-	مسرحيتا الحب الأول والصحبة	صمويل بيكيت	فوزية العشماوي
٩٥-	مختارات من المسرح الإسباني	أنطونيو بويرو باييخو	سري محمد عبد اللطيف
٩٦-	ثلاث زنبقات ووردة وقصص أخرى	نخبة	إدوار الخراط
٩٧-	هوية فرنسا (مج١)	فرنان برودل	بشير السباعي
٩٨-	الهم الإنساني والابتزاز الصهيوني	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٩٩-	تاريخ السينما العالمية (١٨٩٥-١٩٨٠)	ديفيد روبنسون	إبراهيم قنديل
١٠٠-	مساءلة العولمة	بول هيرست وجراهام تومبسون	إبراهيم فتحي
١٠١-	النص الروائي: تقنيات ومناهج	بيرنار فاليط	رشيد بنحدو
١٠٢-	السياسة والتسامح	عبد الكبير الخطيبي	عز الدين الكتاني الإدريسي
١٠٣-	قبر ابن عربي يليه آياء (شعر)	عبد الوهاب المؤدب	محمد بنيس
١٠٤-	أوبرا ماهوجني (مسرحية)	برتولت بريشت	عبد الغفار مكاوي
١٠٥-	مدخل إلى النص الجامع	جيرارجينيت	عبد العزيز شبيل
١٠٦-	الأدب الأندلسي	ماريا خيسوس روبييرامتي	أشرف علي دعدور
١٠٧-	صورة الفدائي في الشعر الأمريكي اللاتيني المعاصر	نخبة من الشعراء	محمد عبد الله الجعيدي
١٠٨-	ثلاث دراسات عن الشعر الأندلسي	مجموعة من المؤلفين	محمود علي مكي
١٠٩-	حروب المياه	جون بولوك وعادل درويش	هاشم أحمد محمد
١١٠-	النساء في العالم النامي	حسنة بيجوم	منى قطان
١١١-	المرأة والجريمة	فرانسس هيدسون	ريهام حسين إبراهيم
١١٢-	الاحتجاج الهادئ	أرلين علوي ماكليود	إكرام يوسف

١١٣- راية التمرد	سادى پلانت	أحمد حسان
١١٤- مسرحيتا حصاد كونجى وسكان المستنقع	وول شوينكا	نسيم مجلى
١١٥- غرفة تخص المرء وحده	فرجينيا وولف	سمية رمضان
١١٦- امرأة مختلفة (درية شفيق)	سينثيا نلسون	نهاد أحمد سالم
١١٧- المرأة والجنوسة فى الإسلام	ليلى أحمد	منى إبراهيم وهالة كمال
١١٨- النهضة النسائية فى مصر	بث بارون	لميس النقاش
١١٩- النساء والأسرة وقوانين الطلاق فى التاريخ الإسلامى	أميرة الأزهرى سنبل	بإشراف: روف عباس
١٢٠- الحركة النسائية والتطور فى الشرق الأوسط	ليلى أبو لغد	مجموعة من المترجمين
١٢١- الدليل الصغير فى كتابة المرأة العربية	فاطمة موسى	محمد الجندى وإيزابيل كمال
١٢٢- نظام العبودية القديم والنموذج المثالى للإنسان	چوزيف فوجت	منيرة كروان
١٢٣- الإمبراطورية العثمانية وعلاقاتها الدولية	أنيتل ألكسندرو فنادولينا	أنور محمد إبراهيم
١٢٤- الفجر الكاذب: أوهام الرأسمالية العالمية	چون جراى	أحمد فؤاد بلبع
١٢٥- التحليل الموسيقى	سيدرك ثورپ ديفى	سمحة الخولى
١٢٦- فعل القراءة	فولفانج إيسر	عبد الوهاب علوب
١٢٧- إرهاب (مسرحية)	صفاء فتحى	بشير السباعى
١٢٨- الأدب المقارن	سوزان باسنيت	أميرة حسن نويرة
١٢٩- الرواية الإسبانية المعاصرة	ماريا دولورس أسيس جاروته	محمد أبو العطا وآخرون
١٣٠- الشرق يصعد ثانية	أندريه جوندر فرانك	شوقى جلال
١٣١- مصر القديمة: التاريخ الاجتماعى	مجموعة من المؤلفين	لويس بقطر
١٣٢- ثقافة العولمة	مايك فيذرستون	عبد الوهاب علوب
١٣٣- الخوف من المرايا (رواية)	طارق على	طلعت الشايب
١٣٤- تشريح حضارة	بارى ج. كيمب	أحمد محمود
١٣٥- المختار من نقد ت. س. إليوت	ت. س. إليوت	ماهر شفيق فريد
١٣٦- فلاحو الباشا	كينيث كونو	سحر توفيق
١٣٧- مذكرات ضابط فى الحملة الفرنسية على مصر	چوزيف مارى مواريه	كاميليا صبحى
١٣٨- عالم التليفزيون بين الجمال والعنف	أندريه جلوكسمان	وجيه سمعان عبد المسيح
١٣٩- پارسيڤال (مسرحية)	ريتشارد ڤاچنر	مصطفى ماهر
١٤٠- حيث تلتقى الأنهار	هربرت ميسن	أمل الجبورى
١٤١- اثنتا عشرة مسرحية يونانية	مجموعة من المؤلفين	نعيم عطية
١٤٢- الإسكندرية : تاريخ ودليل	أ. م. فورستر	حسن بيومى
١٤٣- قضايا التنظير فى البحث الاجتماعى	ديرك لايدر	عدلى السمرى
١٤٤- صاحبة اللوكاندة (مسرحية)	كارلو جولدونى	سلامة محمد سليمان
١٤٥- موت أرتيميو كروث (رواية)	كارلوس فوينتس	أحمد حسان
١٤٦- الورقة الحمراء (رواية)	ميجيل دى ليبس	على عبدالروف البمبى
١٤٧- مسرحيتان	تانكريد دورست	عبدالغفار مكاوى
١٤٨- القصة القصيرة: النظرية والتقنية	إنريكى أندرسون إمبرت	على إبراهيم منوفى
١٤٩- النظرية الشعرية عند إليوت وأدونيس	عاطف فضول	أسامة إسبر
١٥٠- التجربة الإغريقية	روبرت ج. ليتمان	منيرة كروان

١٥١- هوية فرنسا (مج ٢ ، جـ١)	فرنان بروديل	بشير السباعى
١٥٢- عدالة الهنود وقصص أخرى	مجموعة من المؤلفين	محمد محمد الخطابى
١٥٣- غرام الفراعنة	فيولين فانويك	فاطمة عبدالله محمود
١٥٤- مدرسة فرانكفورت	فيل سليتر	خليل كلفت
١٥٥- الشعر الأمريكى المعاصر	نخبة من الشعراء	أحمد مرسى
١٥٦- المدارس الجمالية الكبرى	جى أنبال وآلان وأوديت فيرمو	مى التلمسانى
١٥٧- خسرو وشيرين	النظامى الكنجوى	عبدالعزيز بقوش
١٥٨- هوية فرنسا (مج ٢ ، جـ٢)	فرنان بروديل	بشير السباعى
١٥٩- الأيديولوجية	ديڤيد هوكس	إبراهيم فتحى
١٦٠- آلة الطبيعة	بول إيرليش	حسين بيومى
١٦١- مسرحيتان من المسرح الإسبانى	اليخاندرو كاسونا وأنطونيو جالا	زيدان عبدالحليم زيدان
١٦٢- تاريخ الكنيسة	يوحنا الآسيوى	صلاح عبدالعزيز محجوب
١٦٣- موسوعة علم الاجتماع (جـ ١)	جوردون مارشال	بإشراف: محمد الجوهرى
١٦٤- شامبوليون (حياة من نور)	چان لاكوتير	نبيل سعد
١٦٥- حكايات الثعلب (قصص أطفال)	أ. ن. أفاناسيفا	سهير المصادفة
١٦٦- العلاقات بين المتدينين والعلمانيين فى إسرائيل	يشعياهو ليڤمان	محمد محمود أبوغدير
١٦٧- فى عالم طاغور	رابندرنات طاغور	شكرى محمد عياد
١٦٨- دراسات فى الأدب والثقافة	مجموعة من المؤلفين	شكرى محمد عياد
١٦٩- إبداعات أدبية	مجموعة من المؤلفين	شكرى محمد عياد
١٧٠- الطريق (رواية)	ميجيل دليبيس	بسام ياسين رشيد
١٧١- وضع حد (رواية)	فرانك بيجو	هدى حسين
١٧٢- حجر الشمس (شعر)	نخبة	محمد محمد الخطابى
١٧٣- معنى الجمال	والتر ت. ستيس	إمام عبد الفتاح إمام
١٧٤- صناعة الثقافة السوداء	إيليس كاشمور	أحمد محمود
١٧٥- التليفزيون فى الحياة اليومية	لورينزو فيلشس	وجيه سمعان عبد المسيح
١٧٦- نحو مفهوم للاقتصاديات البيئية	توم تيتنبرج	جلال البنا
١٧٧- أنطون تشيخوف	هنرى تروايا	حصة إبراهيم المنيف
١٧٨- مختارات من الشعر اليونانى الحديث	نخبة من الشعراء	محمد حمدى إبراهيم
١٧٩- حكايات أيسوب (قصص أطفال)	أيسوب	إمام عبد الفتاح إمام
١٨٠- قصة جاويد (رواية)	إسماعيل فصيح	سليم عبد الأمير حمدان
١٨١- النقد الأدبى الأمريكى من الثلاثينيات إلى الثمانينيات	فنسنت ب. ليتش	محمد يحيى
١٨٢- العنف والنبوءة (شعر)	و.ب. ييتس	ياسين طه حافظ
١٨٣- چان كوكتو على شاشة السينما	رينيه جيلسون	فتحى العشرى
١٨٤- القاهرة: حالمة لا تنام	هانز إيندورفر	دسوقى سعيد
١٨٥- أسفار العهد القديم فى التاريخ	توماس تومسن	عبد الوهاب علوب
١٨٦- معجم مصطلحات هيجل	ميخائيل إنوود	إمام عبد الفتاح إمام
١٨٧- الأرضة (رواية)	بُزرج علوى	محمد علاء الدين منصور
١٨٨- موت الأدب	ألفين كرنان	بدر الديب

١٨٩- العمى والبصيرة: مقالات فى بلاغة النقد المعاصر	پول دى مان	سعيد الغانمى
١٩٠- محاورات كونفوشيوس	كونفوشيوس	محسن سيد فرجانى
١٩١- الكلام رأسمال وقصص أخرى	الحاج أبو بكر إمام وآخرون	مصطفى حجازى السيد
١٩٢- سياحت نامه إبراهيم بك (جـ١)	زين العابدين المراغى	محمود علاوى
١٩٣- عامل المنجم (رواية)	پيتر أبراهامز	محمد عبد الواحد محمد
١٩٤- مختارات من النقد الأنجلو-أمريكى الحديث	مجموعة من النقاد	ماهر شفيق فريد
١٩٥- شتاء ٨٤ (رواية)	إسماعيل فصيح	محمد علاء الدين منصور
١٩٦- المهلة الأخيرة (رواية)	ڤالنتين راسبوتين	أشرف الصباغ
١٩٧- سيرة الفاروق	شمس العلماء شبلى النعمانى	جلال السعيد الحفناوى
١٩٨- الاتصال الجماهيرى	إدوين إمرى وآخرون	إبراهيم سلامة إبراهيم
١٩٩- تاريخ يهود مصر فى الفترة العثمانية	يعقوب لانداو	جمال أحمد الرفاعى وأحمد عبد اللطيف حماد
٢٠٠- ضحايا التنمية: المقاومة والبدائل	چيرمى سيبروك	فخرى لبيب
٢٠١- الجانب الدينى للفلسفة	جوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٢٠٢- تاريخ النقد الأدبى الحديث (جـ٤)	رينيه ويليك	مجاهد عبد المنعم مجاهد
٢٠٣- الشعر والشاعرية	ألطاف حسين حالى	جلال السعيد الحفناوى
٢٠٤- تاريخ نقد العهد القديم	زالمان شازار	أحمد هويدى
٢٠٥- الجينات والشعوب واللغات	لويجى لوقا كافاللى- سفورزا	أحمد مستجير
٢٠٦- الهيولية تصنع علماً جديداً	چيمس جلايك	على يوسف على
٢٠٧- ليل أفريقى (رواية)	رامون خوتاسندير	محمد أبو العطا
٢٠٨- شخصية العربى فى المسرح الإسرائيلى	دان أوريان	محمد أحمد صالح
٢٠٩- السرد والمسرح	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٢١٠- مثنويات حكيم سنائى (شعر)	سنائى الغزنوى	يوسف عبد الفتاح فرج
٢١١- فردينان دوسوسير	جوناثان كلر	محمود حمدى عبد الغنى
٢١٢- قصص الأمير مرزبان على لسان الحيوان	مرزبان بن رستم بن شروين	يوسف عبدالفتاح فرج
٢١٣- مصر منذ قدوم نابليون حتى رحيل عبدالناصر	ريمون فلاور	سيد أحمد على الناصرى
٢١٤- قواعد جديدة للمنهج فى علم الاجتماع	أنتونى جيدنز	محمد محيى الدين
٢١٥- سياحت نامه إبراهيم بك (جـ٢)	زين العابدين المراغى	محمود علاوى
٢١٦- جوانب أخرى من حياتهم	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٢١٧- مسرحيتان طليعيتان	صمويل بيكيت وهارولد بينتر	نادية البنهاوى
٢١٨- لعبة الحجلة (رواية)	خوليو كورتازار	على إبراهيم منوفى
٢١٩- بقايا اليوم (رواية)	كازو إيشجورو	طلعت الشايب
٢٢٠- الهيولية فى الكون	بارى پاركر	على يوسف على
٢٢١- شعرية كفافى	جريجورى جوزدانيس	رفعت سلام
٢٢٢- فرانز كافكا	رونالد جراى	نسيم مجلى
٢٢٣- العلم فى مجتمع حر	باول فيرابند	السيد محمد نفادى
٢٢٤- دمار يوغسلافيا	برانكا ماجاس	منى عبدالظاهر إبراهيم
٢٢٥- حكاية غريق (رواية)	جابرييل جارثيا ماركيث	السيد عبدالظاهر السيد
٢٢٦- أرض المساء وقصائد أخرى	ديڤيد هربت لورانس	طاهر محمد على البربرى

٢٢٧-	المسرح الإسباني في القرن السابع عشر	خوسيه ماريا ديث بوركي	السيد عبدالظاهر عبدالله
٢٢٨-	علم الجمالية وعلم اجتماع الفن	جانيت وولف	ماري تيريز عبدالمسيح وخالد حسن
٢٢٩-	مأزق البطل الوحيد	نورمان كيجان	أمير إبراهيم العمري
٢٣٠-	عن الذباب والفئران والبشر	فرانسواز جاكوب	مصطفى إبراهيم فهمي
٢٣١-	الدرافيل أو الجيل الجديد (مسرحية)	خايمي سالوم بيدال	جمال عبدالرحمن
٢٣٢-	ما بعد المعلومات	توم ستونير	مصطفى إبراهيم فهمي
٢٣٣-	فكرة الاضمحلال في التاريخ الغربي	آرثر هيرمان	طلعت الشايب
٢٣٤-	الإسلام في السودان	ج. سبنسر تريمنجهام	فؤاد محمد عكود
٢٣٥-	ديوان شمس تبريزي (جـ١)	مولانا جلال الدين الرومي	إبراهيم الدسوقي شتا
٢٣٦-	الولاية	ميشيل شودكيفيتش	أحمد الطيب
٢٣٧-	مصر أرض الوادي	روبين فيدين	عنايات حسين طلعت
٢٣٨-	العولمة والتحرير	تقرير لمنظمة الأنكتاد	ياسر محمد جادالله وعربي مدبولي أحمد
٢٣٩-	العربي في الأدب الإسرائيلي	جيلا رامراز - رايوخ	نادية سليمان حافظ وإيهاب صلاح فايق
٢٤٠-	الإسلام والغرب وإمكانية الحوار	كاي حافظ	صلاح محجوب إدريس
٢٤١-	في انتظار البرابرة (رواية)	ج . م. كوتزي	ابتسام عبدالله
٢٤٢-	سبعة أنماط من الغموض	وليام إمبسون	صبري محمد حسن
٢٤٣-	تاريخ إسبانيا الإسلامية (مج١)	ليفي بروفنسال	بإشراف: صلاح فضل
٢٤٤-	الغليان (رواية)	لاورا إسكيبيل	نادية جمال الدين محمد
٢٤٥-	نساء مقاتلات	إليزابيتا أديس وآخرون	توفيق علي منصور
٢٤٦-	مختارات قصصية	جابرييل جارثيا ماركيث	علي إبراهيم منوفي
٢٤٧-	الثقافة الجماهيرية والحداثة في مصر	والتر أرمبرست	محمد طارق الشرقاوي
٢٤٨-	حقول عدن الخضراء (مسرحية)	أنطونيو جالا	عبداللطيف عبدالحليم
٢٤٩-	لغة التمزق (شعر)	دراجو شتامبوك	رفعت سلام
٢٥٠-	علم اجتماع العلوم	دومنيك فينك	ماجدة محسن أباظة
٢٥١-	موسوعة علم الاجتماع (جـ٢)	جوردون مارشال	بإشراف: محمد الجوهري
٢٥٢-	رائدات الحركة النسوية المصرية	مارجو بدران	علي بدران
٢٥٣-	تاريخ مصر الفاطمية	ل. أ. سيميونوفا	حسن بيومي
٢٥٤-	أقدم لك: الفلسفة	ديف روبنسون وجودي جروفز	إمام عبد الفتاح إمام
٢٥٥-	أقدم لك: أفلاطون	ديف روبنسون وجودي جروفز	إمام عبد الفتاح إمام
٢٥٦-	أقدم لك: ديكارت	ديف روبنسون وكريس جارات	إمام عبد الفتاح إمام
٢٥٧-	تاريخ الفلسفة الحديثة	وليم كلي رايت	محمود سيد أحمد
٢٥٨-	الغجر	سير أنجوس فريزر	عُبادة كُحيلة
٢٥٩-	مختارات من الشعر الأرمني عبر العصور	نخبة	فاروجان كازانجيان
٢٦٠-	موسوعة علم الاجتماع (جـ٣)	جوردون مارشال	بإشراف: محمد الجوهري
٢٦١-	رحلة في فكر زكي نجيب محمود	زكي نجيب محمود	إمام عبد الفتاح إمام
٢٦٢-	مدينة المعجزات (رواية)	إدواردو مندوثا	محمد أبو العطا
٢٦٣-	الكشف عن حافة الزمن	جون جريبين	علي يوسف علي
٢٦٤-	إبداعات شعرية مترجمة	هوراس وشلي	لويس عوض

٢٦٥-	روايات مترجمة	أوسكار وايلد وصمويل جونسون	لويس عوض
٢٦٦-	مدير المدرسة (رواية)	جلال آل أحمد	عادل عبدالمنعم على
٢٦٧-	فن الرواية	ميلان كونديرا	بدر الدين عرودكى
٢٦٨-	ديوان شمس تبريزى (جـ٢)	مولانا جلال الدين الرومى	إبراهيم الدسوقى شتا
٢٦٩-	وسط الجزيرة العربية وشرقها (جـ١)	وليم چيفور بالجريف	صبرى محمد حسن
٢٧٠-	وسط الجزير العربية وشرقها (جـ٢)	وليم چيفور بالجريف	صبرى محمد حسن
٢٧١-	الحضارة الغربية: الفكرة والتاريخ	توماس سى. باترسون	شوقى جلال
٢٧٢-	الأديرة الأثرية فى مصر	سى. سى. والترز	إبراهيم سلامة إبراهيم
٢٧٣-	الأصول الاجتماعية والثقافية لحركة عرابى فى مصر	چوان كول	عنان الشهاوى
٢٧٤-	السيدة باربارا (رواية)	رومولو جاييجوس	محمود على مكى
٢٧٥-	ت. س. إليوت شاعراً وناقداً وكاتباً مسرحياً	مجموعة من النقاد	ماهر شفيق فريد
٢٧٦-	فنون السينما	مجموعة من المؤلفين	عبدالقادر التلمسانى
٢٧٧-	الچينات والصراع من أجل الحياة	براين فورد	أحمد فوزى
٢٧٨-	البدايات	إسحاق عظيموف	ظريف عبدالله
٢٧٩-	الحرب الباردة الثقافية	ف.س. سوندرز	طلعت الشايب
٢٨٠-	الأم والنصيب وقصص أخرى	بريم شند وآخرون	سمير عبدالحميد إبراهيم
٢٨١-	الفردوس الأعلى (رواية)	عبد الحليم شرر	جلال الحفناوى
٢٨٢-	طبيعة العلم غير الطبيعية	لويس وابرت	سمير حنا صادق
٢٨٣-	السهل يحترق وقصص أخرى	خوان رولفو	على عبد الرءوف البمبى
٢٨٤-	هرقل مجنوناً (مسرحية)	يوربيديس	أحمد عتمان
٢٨٥-	رحلة خواجة حسن نظامى الدهلوى	حسن نظامى الدهلوى	سمير عبد الحميد إبراهيم
٢٨٦-	سياحت نامه إبراهيم بك (جـ٢)	زين العابدين المراغى	محمود علاوى
٢٨٧-	الثقافة والعولمة والنظام العالمى	أنتونى كنج	محمد يحيى وآخرون
٢٨٨-	الفن الروائى	ديفيد لودچ	ماهر البطوطى
٢٨٩-	ديوان منوچهرى الدامغانى	أبو نجم أحمد بن قوص	محمد نور الدين عبدالمنعم
٢٩٠-	علم اللغة والترجمة	چورچ مونان	أحمد زكريا إبراهيم
٢٩١-	تاريخ المسرح الإسبانى فى القرن العشرين (جـ١)	فرانشسكو رويس رامون	السيد عبد الظاهر
٢٩٢-	تاريخ المسرح الإسبانى فى القرن العشرين (جـ٢)	فرانشسكو رويس رامون	السيد عبد الظاهر
٢٩٣-	مقدمة للأدب العربى	روچر آلن	مجدى توفيق وآخرون
٢٩٤-	فن الشعر	بوالو	رجاء ياقوت
٢٩٥-	سلطان الأسطورة	چوزيف كامبل وبيل مويرز	بدر الديب
٢٩٦-	مكبث (مسرحية)	وليم شكسبير	محمد مصطفى بدوى
٢٩٧-	فن النحو بين اليونانية والسريانية	ديونيسيوس ثراكس ويوسف الأهوازى	ماجدة محمد أنور
٢٩٨-	مأساة العبيد وقصص أخرى	نخبة	مصطفى حجازى السيد
٢٩٩-	ثورة فى التكنولوجيا الحيوية	چين ماركس	هاشم أحمد محمد
٣٠٠-	أسطورة بروميثيوس فى الأدبين الإنجليزى والفرنسى (مج١)	لويس عوض	جمال الجزيرى وبهاء چاهين وإيزابيل كمال
٣٠١-	أسطورة بروميثيوس فى الأدبين الإنجليزى والفرنسى (مج٢)	لويس عوض	جمال الجزيرى و محمد الجندى
٢٠٢-	أقدم لك: فنجنشتين	چون هيتون وجودى جروفز	إمام عبد الفتاح إمام

٣٠٣- أقدم لك: بوذا	چين هوب وبورن فان لون	إمام عبد الفتاح إمام
٣٠٤- أقدم لك: ماركس	ريوس	إمام عبد الفتاح إمام
٣٠٥- الجلد (رواية)	كروزيو مالابارته	صلاح عبد الصبور
٣٠٦- الحماسة: النقد الكانطي للتاريخ	چان فرانسوا ليوتار	نبيل سعد
٣٠٧- أقدم لك: الشعور	ديڤيد بابينو وهوارد سلينا	محمود مكى
٣٠٨- أقدم لك: علم الوراثة	ستيف چونز وبورين فان لو	ممدوح عبد المنعم
٣٠٩- أقدم لك: الذهن والمخ	أنجوس جيلاتى وأوسكار زاريت	جمال الجزيرى
٣١٠- أقدم لك: يونج	ماجى هايد ومايكل ماكجنس	محيى الدين مزيد
٣١١- مقال فى المنهج الفلسفى	ر.ج كولنجوود	فاطمة إسماعيل
٣١٢- روح الشعب الأسود	وليم ديبويس	أسعد حليم
٣١٣- أمثال فلسطينية (شعر)	خايير بيان	محمد عبدالله الجعيدى
٣١٤- مارسيل دوشامب: الفن كعدم	چانيس مينيك	هويدا السباعى
٣١٥- جرامشى فى العالم العربى	ميشيل بروندينو والطاهر لبيب	كاميليا صبحى
٣١٦- محاكمة سقراط	أى. ف. ستون	نسيم مجلى
٣١٧- بلا غد	س. شير لايموڤا- س. زنيكين	أشرف الصباغ
٣١٨- الأدب الروسى فى السنوات العشر الأخيرة	مجموعة من المؤلفين	أشرف الصباغ
٣١٩- صور دريدا	جايترى سبيڤاك وكرستوفر نوريس	حسام نايل
٣٢٠- لمعة السراج لحضرة التاج	مؤلف مجهول	محمد علاء الدين منصور
٣٢١- تاريخ إسبانيا الإسلامية (مج٢، جـ١)	ليڤى برو ڤنسال	بإشراف: صلاح فضل
٣٢٢- وجهات نظر حديثة فى تاريخ الفن الغربى	دبليو بوچين كلينباور	خالد مفلح حمزة
٣٢٣- فن الساتورا	تراث يونانى قديم	هانم محمد فوزى
٣٢٤- اللعب بالنار (رواية)	أشرف أسدى	محمود علاوى
٣٢٥- عالم الآثار (رواية)	فيليب بوسان	كرستين يوسف
٣٢٦- المعرفة والمصلحة	يورجين هابرماس	حسن صقر
٣٢٧- مختارات شعرية مترجمة (جـ١)	نخبة	توفيق على منصور
٣٢٨- يوسف وزليخا (شعر)	نور الدين عبد الرحمن الجامى	عبد العزيز بقوش
٣٢٩- رسائل عيد الميلاد (شعر)	تد هيوز	محمد عيد إبراهيم
٣٣٠- كل شىء عن التمثيل الصامت	مارڤن شبرد	سامى صلاح
٣٣١- عندما جاء السردين وقصص أخرى	ستيفن جراى	سامية دياب
٣٣٢- شهر العسل وقصص أخرى	نخبة	على إبراهيم منوفى
٣٣٣- الإسلام فى بريطانيا من ١٥٥٨-١٦٨٥	نبيل مطر	بكر عباس
٣٣٤- لقطات من المستقبل	أرثر كلارك	مصطفى إبراهيم فهمى
٣٣٥- عصر الشك: دراسات عن الرواية	ناتالى ساروت	فتحى العشرى
٣٣٦- متون الأهرام	نصوص مصرية قديمة	حسن صابر
٣٣٧- فلسفة الولاء	چوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٣٣٨- نظرات حائرة وقصص أخرى	نخبة	جلال الحفناوى
٣٣٩- تاريخ الأدب فى إيران (جـ٣)	إدوارد براون	محمد علاء الدين منصور
٣٤٠- اضطراب فى الشرق الأوسط	بيرش بيربروجلو	فخرى لبيب

٣٤١- قصائد من رلكه (شعر)	راينر ماريا ريلكه	حسن حلمى
٣٤٢- سلامان وأبسال (شعر)	نور الدين عبدالرحمن الجامى	عبد العزيز بقوش
٣٤٣- العالم البرجوازى الزائل (رواية)	نادين جورديمر	سمير عبد ربه
٣٤٤- الموت فى الشمس (رواية)	بيتر بالانجيو	سمير عبد ربه
٣٤٥- الركض خلف الزمان (شعر)	يونه ندائى	يوسف عبد الفتاح فرج
٣٤٦- سحر مصر	رشاد رشدى	جمال الجزيرى
٣٤٧- الصبية الطائشون (رواية)	جان كوكتو	بكر الحلو
٣٤٨- المتصوفة الأولون فى الأدب التركى (جـ١)	محمد فؤاد كوبريلى	عبدالله أحمد إبراهيم
٣٤٩- دليل القارئ إلى الثقافة الجادة	أرثر والدهورن وآخرون	أحمد عمر شاهين
٣٥٠- بانوراما الحياة السياحية	مجموعة من المؤلفين	عطية شحاتة
٣٥١- مبادئ المنطق	چوزايا رويس	أحمد الانصارى
٣٥٢- قصائد من كفافيس	قسطنطين كفافيس	نعيم عطية
٣٥٣- الفن الإسلامى فى الأندلس: الزخرفة الهندسية	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٣٥٤- الفن الإسلامى فى الأندلس: الزخرفة النباتية	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٣٥٥- التيارات السياسية فى إيران المعاصرة	حجت مرتجى	محمود علاوى
٣٥٦- الميراث المر	بول سالم	بدر الرفاعى
٣٥٧- متون هرمس	تيموثى فريك وبيتر غاندى	عمر الفاروق عمر
٣٥٨- أمثال الهوسا العامية	نخبة	مصطفى حجازى السيد
٣٥٩- محاورة بارمنيدس	أفلاطون	حبيب الشارونى
٣٦٠- أنثروبولوچيا اللغة	أندريه چاكوب ونويلا باركان	ليلى الشربينى
٣٦١- التصحر: التهديد والمجابهة	آلان جرينجر	عاطف معتمد وآمال شاور
٣٦٢- تلميذ بابنبرج (رواية)	هاينرش شبورل	سيد أحمد فتح الله
٣٦٣- حركات التحرير الأفريقية	ريتشارد چيبسون	صبرى محمد حسن
٣٦٤- حداثة شكسبير	إسماعيل سراج الدين	نجلاء أبو عجاج
٣٦٥- سأم باريس (شعر)	شارل بودلير	محمد أحمد حمد
٣٦٦- نساء يركضن مع الذئاب	كلاريسا بنكولا	مصطفى محمود محمد
٣٦٧- القلم الجرىء	مجموعة من المؤلفين	البراق عبدالهادى رضا
٣٦٨- المصطلح السردى: معجم مصطلحات	چيرالد برنس	عابد خزندار
٣٦٩- المرأة فى أدب نجيب محفوظ	فوزية العشماوى	فوزية العشماوى
٣٧٠- الفن والحياة فى مصر الفرعونية	كليرلا لويت	فاطمة عبدالله محمود
٣٧١- المتصوفة الأولون فى الأدب التركى (جـ٢)	محمد فؤاد كوبريلى	عبدالله أحمد إبراهيم
٣٧٢- عاش الشباب (رواية)	وانغ مينغ	وحيد السعيد عبدالحميد
٣٧٣- كيف تعد رسالة دكتوراه	أومبرتو إيكو	على إبراهيم منوفى
٣٧٤- اليوم السادس (رواية)	أندريه شديد	حمادة إبراهيم
٣٧٥- الخلود (رواية)	ميلان كونديرا	خالد أبو اليزيد
٣٧٦- الغضب وأحلام السنين (مسرحيات)	چان أنوى وآخرون	إدوار الخراط
٣٧٧- تاريخ الأدب فى إيران (جـ٤)	إدوارد براون	محمد علاء الدين منصور
٣٧٨- المسافر (شعر)	محمد إقبال	يوسف عبدالفتاح فرج

٣٧٩-	ملك فى الحديقة (رواية)	سنيل باث	جمال عبدالرحمن
٣٨٠-	حديث عن الخسارة	جونتر جراس	شيرين عبدالسلام
٣٨١-	أساسيات اللغة	ر. ل. تراسك	رانيا إبراهيم يوسف
٣٨٢-	تاريخ طبرستان	بهاء الدين محمد اسفنديار	أحمد محمد نادى
٣٨٣-	هدية الحجاز (شعر)	محمد إقبال	سمير عبدالحميد إبراهيم
٣٨٤-	القصص التى يحكيها الأطفال	سوزان إنجيل	إيزابيل كمال
٣٨٥-	مشترى العشق (رواية)	محمد على بهزادراد	يوسف عبدالفتاح فرج
٣٨٦-	دفاعًا عن التاريخ الأدبى النسوى	جانيت تود	ريهام حسين إبراهيم
٣٨٧-	أغنيات وسوناتات (شعر)	جون دن	بهاء جاهين
٣٨٨-	مواعظ سعدى الشيرازى (شعر)	سعدى الشيرازى	محمد علاء الدين منصور
٣٨٩-	تفاهم وقصص أخرى	نخبة	سمير عبدالحميد إبراهيم
٣٩٠-	الأرشيفات والمدن الكبرى	إم. فى. روبرتس	عثمان مصطفى عثمان
٣٩١-	الحافلة الليلكية (رواية)	مايف بينشى	منى الدروبى
٣٩٢-	مقامات ورسائل أندلسية	فرناندو دى لاجرانجا	عبداللطيف عبدالحليم
٣٩٣-	فى قلب الشرق	ندوة لويس ماسينيون	زينب محمود الخضيرى
٣٩٤-	القوى الأربع الأساسية فى الكون	بول ديفيز	هاشم أحمد محمد
٣٩٥-	آلام سياوش (رواية)	إسماعيل فصيح	سليم عبد الأمير حمدان
٣٩٦-	السافاك	تقى نجارى راد	محمود علاوى
٣٩٧-	أقدم لك: نيتشه	لورانس جين وكيتى شين	إمام عبدالفتاح إمام
٣٩٨-	أقدم لك: سارتر	فيليب تودى وهوارد ريد	إمام عبدالفتاح إمام
٣٩٩-	أقدم لك: كامى	ديفيد ميروفتش وآلن كوركس	إمام عبدالفتاح إمام
٤٠٠-	مومو (رواية)	ميشائيل إنده	باهر الجوهرى
٤٠١-	أقدم لك: علم الرياضيات	زياودن ساردر وآخرون	ممدوح عبد المنعم
٤٠٢-	أقدم لك: ستيفن هوكنج	ج. ب. ماك إيفوى وأوسكار زاريت	ممدوح عبدالمنعم
٤٠٣-	ربة المطر والملابس تصنع الناس (روايتان)	تودور شتورم وجوتفرد كولر	عماد حسن بكر
٤٠٤-	تعويذة الحسى	ديفيد إبرام	ظبية خميس
٤٠٥-	إيزابيل (رواية)	أندريه جيد	حمادة إبراهيم
٤٠٦-	المستعربون الإسبان فى القرن ١٩	مانويلا مانتاناريس	جمال عبد الرحمن
٤٠٧-	الأدب الإسبانى المعاصر بأقلام كتابه	مجموعة من المؤلفين	طلعت شاهين
٤٠٨-	معجم تاريخ مصر	جوان فوتشركنج	عنان الشهاوى
٤٠٩-	انتصار السعادة	برتراند راسل	إلهامى عمارة
٤١٠-	خلاصة القرن	كارل بوبر	الزواوى بغورة
٤١١-	همس من الماضى	جينيفر أكرمان	أحمد مستجير
٤١٢-	تاريخ إسبانيا الإسلامية (مج٢، جـ٢)	ليفى بروفنسال	بإشراف: صلاح فضل
٤١٣-	أغنيات المنفى (شعر)	ناظم حكمت	محمد البخارى
٤١٤-	الجمهورية العالمية للآداب	باسكال كازانوفا	أمل الصبان
٤١٥-	صورة كوكب (مسرحية)	فريدريش دورينمات	أحمد كامل عبدالرحيم
٤١٦-	مبادئ النقد الأدبى والعلم والشعر	أ. أ. رتشاردز	محمد مصطفى بدوى

٤٥٥-	تاريخ الفلسفة الحديثة (مج٥)	فردريك كوباستون	محمود سيد أحمد
٤٥٦-	لا تنسنى (رواية)	مريم جعفرى	هويدا عزت محمد
٤٥٧-	النساء فى الفكر السياسى الغربى	سوزان موللر أوكين	إمام عبدالفتاح إمام
٤٥٨-	الموريسكيون الأندلسيون	مرثيديس غارثيا أرينال	جمال عبد الرحمن
٤٥٩-	نحو مفهوم لاقتصاديات الموارد الطبيعية	توم تيتنبرج	جلال البنا
٤٦٠-	أقدم لك: الفاشية والنازية	ستوارت هود وليتزا جانستز	إمام عبدالفتاح إمام
٤٦١-	أقدم لك: لكان	داريان ليدر وجودى جروفز	إمام عبدالفتاح إمام
٤٦٢-	طه حسين من الأزهر إلى السوربون	عبدالرشيد الصادق محمودى	عبدالرشيد الصادق محمودى
٤٦٣-	الدولة المارقة	ويليام بلوم	كمال السيد
٤٦٤-	ديمقراطية القلة	مايكل بارنتى	حصة إبراهيم المنيف
٤٦٥-	قصص اليهود	لويس جنزبيرج	جمال الرفاعى
٤٦٦-	حكايات حب وبطولات فرعونية	فيولين فانويك	فاطمة عبد الله
٤٦٧-	التفكير السياسى والنظرة السياسية	ستيفين ديلو	ربيع وهبة
٤٦٨-	روح الفلسفة الحديثة	جوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٤٦٩-	جلال الملوك	نصوص حبشية قديمة	مجدى عبدالرازق
٤٧٠-	الأراضى والجودة البيئية	جارى م. بيرزنسكى وآخرون	محمد السيد النتة
٤٧١-	رحلة لاستكشاف أفريقيا (جـ٢)	ثلاثة من الرحالة	عبد الله عبد الرازق إبراهيم
٤٧٢-	دون كيخوتى (القسم الأول)	ميجيل دى ثربانتس سابيدرا	سليمان العطار
٤٧٣-	دون كيخوتى (القسم الثانى)	ميجيل دى ثربانتس سابيدرا	سليمان العطار
٤٧٤-	الأدب والنسوية	بام موريس	سهام عبدالسلام
٤٧٥-	صوت مصر: أم كلثوم	فرجينيا دانيلسون	عادل هلال عنانى
٤٧٦-	أرض الحبايب بعيدة: بيرم التونسى	ماريلين بوث	سحر توفيق
٤٧٧-	تاريخ الصين منذ ما قبل التاريخ حتى القرن العشرين	هيلدا هوخام	أشرف كيلانى
٤٧٨-	الصين والولايات المتحدة	ليوشيه شنج و لى شى دونج	عبد العزيز حمدى
٤٧٩-	المقهـــى (مسرحية)	لاو شه	عبد العزيز حمدى
٤٨٠-	تساى ون جى (مسرحية)	كو مو روا	عبد العزيز حمدى
٤٨١-	بردة النبى	روى متحدة	رضوان السيد
٤٨٢-	موسوعة الأساطير والرموز الفرعونية	روبير جاك تيبو	فاطمة عبد الله
٤٨٣-	النسوية وما بعد النسوية	سارة جامبل	أحمد الشامى
٤٨٤-	جمالية التلقى	هانسن روبيرت ياوس	رشيد بنحدو
٤٨٥-	التوبة (رواية)	نذير أحمد الدهلوى	سمير عبدالحميد إبراهيم
٤٨٦-	الذاكرة الحضارية	يان أسمن	عبدالحليم عبدالغنى رجب
٤٨٧-	الرحلة الهندية إلى الجزيرة العربية	رفيع الدين المراد آبادى	سمير عبدالحميد إبراهيم
٤٨٨-	الحب الذى كان وقصائد أخرى	نخبة	سمير عبدالحميد إبراهيم
٤٨٩-	هُسرّل: الفلسفة علمًا دقيقًا	إدموند هُسرّل	محمود رجب
٤٩٠-	أسمار البيغاء	محمد قادرى	عبد الوهاب علوب
٤٩١-	نصوص قصصية من روائع الأدب الأفريقى	نخبة	سمير عبد ربه
٤٩٢-	محمد على مؤسس مصر الحديثة	جى فارجيت	محمد رفعت عواد

٤٩٣- خطابات إلى طالب الصوتيات	هارولد بالمر	محمد صالح الضالع
٤٩٤- كتاب الموتى: الخروج فى النهار	نصوص مصرية قديمة	شريف الصيفى
٤٩٥- اللوبى	إدوارد تيفان	حسن عبد ربه المصرى
٤٩٦- الحكم والسياسة فى أفريقيا (جـ١)	إكوانو بانولى	مجموعة من المترجمين
٤٩٧- العلمانية والنوع والدولة فى الشرق الأوسط	نادية العلى	مصطفى رياض
٤٩٨- النساء والنوع فى الشرق الأوسط الحديث	جوديث تاكر ومارجريت مريويذر	أحمد على بدوى
٤٩٩- تقاطعات: الأمة والمجتمع والنوع	مجموعة من المؤلفين	فيصل بن خضراء
٥٠٠- فى طفولتى: دراسة فى السيرة الذاتية العربية	تيتز رووكى	طلعت الشايب
٥٠١- تاريخ النساء فى الغرب (جـ١)	أرلت جولد هامر	سحر فراج
٥٠٢- أصوات بديلة	مجموعة من المؤلفين	هالة كمال
٥٠٣- مختارات من الشعر الفارسى الحديث	نخبة من الشعراء	محمد نور الدين عبدالمنعم
٥٠٤- كتابات أساسية (جـ١)	مارتن هايدجر	إسماعيل المصدق
٥٠٥- كتابات أساسية (جـ٢)	مارتن هايدجر	إسماعيل المصدق
٥٠٦- ربما كان قديسًا (رواية)	آن تيلر	عبدالحميد فهمى الجمال
٥٠٧- سيدة الماضى الجميل (مسرحية)	بيتر شيفر	شوقى فهيم
٥٠٨- المولوية بعد جلال الدين الرومى	عبدالباقى جلبنارلى	عبدالله أحمد إبراهيم
٥٠٩- الفقر والإحسان فى عصر سلاطين المماليك	آدم صبرة	قاسم عبده قاسم
٥١٠- الأرملة الماكرة (مسرحية)	كارلو جولدونى	عبدالرازق عيد
٥١١- كوكب مرقّع (رواية)	آن تيلر	عبدالحميد فهمى الجمال
٥١٢- كتابة النقد السينمائى	تيموثى كوريجان	جمال عبد الناصر
٥١٣- العلم الجسور	تيد أنتون	مصطفى إبراهيم فهمى
٥١٤- مدخل إلى النظرية الأدبية	جونثان كولر	مصطفى بيومى عبد السلام
٥١٥- من التقليد إلى ما بعد الحداثة	فدوى مالطى دوجلاس	فدوى مالطى دوجلاس
٥١٦- إرادة الإنسان فى علاج الإدمان	آرنولد واشنطون ودونا باوندى	صبرى محمد حسن
٥١٧- نقش على الماء وقصص أخرى	نخبة	سمير عبد الحميد إبراهيم
٥١٨- استكشاف الأرض والكون	إسحق عظيموف	هاشم أحمد محمد
٥١٩- محاضرات فى المثالية الحديثة	جوزايا رويس	أحمد الأنصارى
٥٢٠- الولع الفرنسى بمصر من الحلم إلى المشروع	أحمد يوسف	أمل الصبان
٥٢١- قاموس تراجم مصر الحديثة	آرثر جولد سميث	عبدالوهاب بكر
٥٢٢- إسبانيا فى تاريخها	أميركو كاسترو	على إبراهيم منوفى
٥٢٣- الفن الطليطلى الإسلامى والمدجن	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٥٢٤- الملك لير (مسرحية)	وليم شكسبير	محمد مصطفى بدوى
٥٢٥- موسم صيد فى بيروت وقصص أخرى	دنيس جونسون	نادية رفعت
٥٢٦- أقدم لك: السياسة البيئية	ستيفن كرول ووليم رانكين	محيى الدين مزيد
٥٢٧- أقدم لك: كافكا	ديفيد زين ميروفتس وروبرت كرمب	جمال الجزيرى
٥٢٨- أقدم لك: تروتسكى والماركسية	طارق على وفِلْ إيفانز	جمال الجزيرى
٥٢٩- بدائع العلامة إقبال فى شعره الأردى	محمد إقبال	حازم محفوظ
٥٣٠- مدخل عام إلى فهم النظريات التراثية	رينيه جينو	عمر الفاروق عمر

٥٣١-	ما الذى حَدَثَ فى حَدَث، ١١ سبتمبر؟	جاك دريدا	صفاء فتحى
٥٣٢-	المغامرُ والمستشرق	هنرى لورنس	بشير السباعى
٥٣٣-	تعلُّم اللغة الثانية	سوزان جاس	محمد طارق الشرقاوى
٥٣٤-	الإسلاميون الجزائريون	سيڤرين لابا	حمادة إبراهيم
٥٣٥-	مخزن الأسرار (شعر)	نظامى الكنجوى	عبدالعزيز بقوش
٥٣٦-	الثقافات وقيم التقدم	صمويل هنتنجتون ولورانس هاريزون	شوقى جلال
٥٣٧-	الحب والحرية (شعر)	نخبة	عبدالغفار مكاوى
٥٣٨-	النفس والآخر فى قصص يوسف الشارونى	كيت دانيلر	محمد الحديدى
٥٣٩-	خمس مسرحيات قصيرة	كاريل تشرشل	محسن مصيلحى
٥٤٠-	توجهات بريطانية - شرقية	السير رونالد ستورس	رءوف عباس
٥٤١-	هى تتخيل وهلاوس أخرى	خوان خوسيه مياس	مروة رزق
٥٤٢-	قصص مختارة من الأدب اليونانى الحديث	نخبة	نعيم عطية
٥٤٣-	أقدم لك: السياسة الأمريكية	باتريك بروجان وكريس جرات	وفاء عبدالقادر
٥٤٤-	أقدم لك: ميلانى كلاين	روبرت هنشل وآخرون	حمدى الجابرى
٥٤٥-	يا له من سباق محموم	فرانسيس كريك	عزت عامر
٥٤٦-	ريموس	ت. ب. وايزمان	توفيق على منصور
٥٤٧-	أقدم لك: بارت	فيليب تودى وآن كورس	جمال الجزيرى
٥٤٨-	أقدم لك: علم الاجتماع	ريتشارد أوزبرن وبورن فان لون	حمدى الجابرى
٥٤٩-	أقدم لك: علم العلامات	بول كوبلى وليتاجانز	جمال الجزيرى
٥٥٠-	أقدم لك: شكسبير	نيك جروم وبيرو	حمدى الجابرى
٥٥١-	الموسيقى والعولمة	سايمون ماندى	سمحة الخولى
٥٥٢-	قصص مثالية	ميجيل دى ثربانتس	على عبد الرءوف البمبى
٥٥٣-	مدخل للشعر الفرنسى الحديث والمعاصر	دانيال لوفرس	رجاء ياقوت
٥٥٤-	مصر فى عهد محمد على	عفاف لطفى السيد مارسوه	عبدالسميع عمر زين الدين
٥٥٥-	الإستراتيجية الأمريكية للقرن الحادى والعشرين	أناتولى أوتكين	أنور محمد إبراهيم ومحمد نصرالدين الجبالى
٥٥٦-	أقدم لك: جان بودريار	كريس هوروكس وزوران جيفتك	حمدى الجابرى
٥٥٧-	أقدم لك: الماركيز دى ساد	ستوارت هود وجراهام كرولى	إمام عبدالفتاح إمام
٥٥٨-	أقدم لك: الدراسات الثقافية	زيودين ساردار وبورين ڤان لون	إمام عبدالفتاح إمام
٥٥٩-	الماس الزائف (رواية)	تشا تشاجى	عبدالحى أحمد سالم
٥٦٠-	صلصلة الجرس (شعر)	محمد إقبال	جلال السعيد الحفناوى
٥٦١-	جناح جبريل (شعر)	محمد إقبال	جلال السعيد الحفناوى
٥٦٢-	بلايين وبلايين	كارل ساجان	عزت عامر
٥٦٣-	ورود الخريف (مسرحية)	خاثينتو بينابينتى	صبرى محمدى التهامى
٥٦٤-	عُش الغريب (مسرحية)	خاثينتو بينابينتى	صبرى محمدى التهامى
٥٦٥-	الشرق الأوسط المعاصر	ديبورا ج. جيرنر	أحمد عبدالحميد أحمد
٥٦٦-	تاريخ أوروبا فى العصور الوسطى	موريس بيشوب	على السيد على
٥٦٧-	الوطن المغتصب	مايكل رايس	إبراهيم سلامة إبراهيم
٥٦٨-	الأصولى فى الرواية	عبد السلام حيدر	عبد السلام حيدر

٥٦٩-	موقع الثقافة	هومى بابا	ثائر ديب
٥٧٠-	دول الخليج الفارسى	سير روبرت هاى	يوسف الشارونى
٥٧١-	تاريخ النقد الإسبانى المعاصر	إيميليا دى ثوليتا	السيد عبد الظاهر
٥٧٢-	الطب فى زمن الفراعنة	برونو أليوا	كمال السيد
٥٧٣-	أقدم لك: فرويد	ريتشارد ابيجنانس وأسكار زارتى	جمال الجزيرى
٥٧٤-	مصر القديمة فى عيون الإيرانيين	حسن بيرنيا	علاء الدين السباعى
٥٧٥-	الاقتصاد السياسى للعولمة	نجير وودز	أحمد محمود
٥٧٦-	فكر ثربانتس	أمريكو كاسترو	ناهد العشرى محمد
٥٧٧-	مغامرات بينوكيو	كارلو كولودى	محمد قدرى عمارة
٥٧٨-	الجماليات عند كيتس وهنت	أيومى ميزوكوشى	محمد إبراهيم وعصام عبد الروف
٥٧٩-	أقدم لك: تشومسكى	جون ماهر وجودى جرونز	محيى الدين مزيد
٥٨٠-	دائرة المعارف الدولية (مج١)	جون فيزر وبول سيترجز	بإشراف: محمد فتحى عبدالهادى
٥٨١-	الحمقى يموتون (رواية)	ماريو بوزو	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٢-	مرايا على الذات (رواية)	هوشنك كلشيرى	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٣-	الجيران (رواية)	أحمد محمود	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٤-	سفر (رواية)	محمود دولت آبادى	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٥-	الأمير احتجاب (رواية)	هوشنك كلشيرى	سليم عبد الأمير حمدان
٥٨٦-	السينما العربية والأفريقية	ليزبيث مالكموس وروى آرمز	سهام عبد السلام
٥٨٧-	تاريخ تطور الفكر الصينى	مجموعة من المؤلفين	عبدالعزيز حمدى
٥٨٨-	أمنحوتپ الثالث	أنييس كابرول	ماهر جويجاتى
٥٨٩-	تمبكت العجيبة	فيلكس ديبوا	عبدالله عبدالرازق إبراهيم
٥٩٠-	أساطير من الموروثات الشعبية الفنلندية	نخبة	محمود مهدى عبدالله
٥٩١-	الشاعر والمفكر	هوراتيوس	على عبدالتواب على وصلاح رمضان السيد
٥٩٢-	الثورة المصرية (جـ١)	محمد صبرى السوربونى	مجدى عبدالحافظ وعلى كورخان
٥٩٣-	قصائد ساحرة	بول ڤاليرى	بكر الحلو
٥٩٤-	القلب السمين (قصة أطفال)	سوزانا تامارو	أمانى فوزى
٥٩٥-	الحكم والسياسة فى أفريقيا (جـ٢)	إكوانو بانولى	مجموعة من المترجمين
٥٩٦-	الصحة العقلية فى العالم	روبرت ديجارليه وآخرون	إيهاب عبدالرحيم محمد
٥٩٧-	مسلمو غرناطة	خوليو كاروباروخا	جمال عبدالرحمن
٥٩٨-	مصر وكنعان وإسرائيل	دونالد ريدفورد	بيومى على قنديل
٥٩٩-	فلسفة الشرق	هرداد مهرين	محمود علاوى
٦٠٠-	الإسلام فى التاريخ	برنارد لويس	مدحت طه
٦٠١-	النسوية والمواطنة	ريان ڤوت	أيمن بكر وسمر الشيشكلى
٦٠٢-	ليوتار: نحو فلسفة ما بعد حداثية	جيمس وليامز	إيمان عبدالعزيز
٦٠٣-	النقد الثقافى	آرثر أيزابرجر	وفاء إبراهيم ورمضان بسطاويسى
٦٠٤-	الكوارث الطبيعية (مج١)	باتريك ل. آبوت	توفيق على منصور
٦٠٥-	مخاطر كوكبنا المضطرب	إرنست زيبروسكى (الصغير)	مصطفى إبراهيم فهمى
٦٠٦-	قصة البردى اليونانى فى مصر	ريتشارد هاريس	محمود إبراهيم السعدنى
٦٠٧-	قلب الجزيرة العربية (جـ١)	هارى سينت فيلبى	صبرى محمد حسن
٦٠٨-	قلب الجزيرة العربية (جـ٢)	هارى سينت فيلبى	صبرى محمد حسن

٦٠٩-	الانتخاب الثقافي	أجنر فوج	شوقي جلال
٦١٠-	العمارة المدجنة	رفائيل لوبث جوثمان	علي إبراهيم منوفي
٦١١-	النقد والأيديولوجية	تيري إيجلتون	فخري صالح
٦١٢-	رسالة النفسية	فضل الله بن حامد الحسيني	محمد محمد يونس
٦١٣-	السياحة والسياسة	كولن مايكل هول	محمد فريد حجاب
٦١٤-	بيت الأقصر الكبير(رواية)	فوزية أسعد	منى قطان
٦١٥-	عرض الأحداث التي وقعت في بغداد من ١٩٩٧ إلى ١٩٩٩	أليس بسيريني	محمد رفعت عواد
٦١٦-	أساطير بيضاء	روبرت يانج	أحمد محمود
٦١٧-	الفولكلور والبحر	هوراس بيك	أحمد محمود
٦١٨-	نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة	تشارلز فيليبس	جلال البنا
٦١٩-	مفاتيح أورشليم القدس	ريمون استانبولي	عايدة الباجوري
٦٢٠-	السلام الصليبي	توماش ماستناك	بشير السباعي
٦٢١-	رباعيات الخيام (ميراث الترجمة)	عمر الخيام	محمد السباعي
٦٢٢-	أشعار من عالم اسمه الصين	آي تشينغ	أمير نبيه وعبدالرحمن حجازي
٦٢٣-	نوادر جحا الإيراني	سعيد قانعي	يوسف عبدالفتاح
٦٢٤-	شعر المرأة الأفريقية	نخبة	غادة الحلواني
٦٢٥-	الجرح السري	چان چينيه	محمد برادة
٦٢٦-	مختارات شعرية مترجمة (جـ٢)	نخبة	توفيق علي منصور
٦٢٧-	حكايات إيرانية	نخبة	عبدالوهاب علوب
٦٢٨-	أصل الأنواع	تشارلس داروين	مجدي محمود المليجي
٦٢٩-	قرن آخر من الهيمنة الأمريكية	نيقولاس جويات	عزة الخميسي
٦٣٠-	سيرتي الذاتية	أحمد بللو	صبري محمد حسن
٦٣١-	مختارات من الشعر الأفريقي المعاصر	نخبة	بإشراف: حسن طلب
٦٣٢-	المسلمون واليهود في مملكة فالنسيا	دولورس برامون	رانيا محمد
٦٣٣-	الحب وفنونه (شعر)	نخبة	حمادة إبراهيم
٦٣٤-	مكتبة الإسكندرية	روي ماكلويد وإسماعيل سراج الدين	مصطفى البهنساوي
٦٣٥-	التثبيت والتكيف في مصر	جودة عبد الخالق	سمير كريم
٦٣٦-	حج يولندة	جناب شهاب الدين	سامية محمد جلال
٦٣٧-	مصر الخديوية	ف. روبرت هنتر	بدر الرفاعي
٦٣٨-	الديمقراطية والشعر	روبرت بن وارين	فؤاد عبد المطلب
٦٣٩-	فندق الأرق (شعر)	تشارلز سيميك	أحمد شافعي
٦٤٠-	الكسياد	الأميرة أنَّاكومنينا	حسن حبشي
٦٤١-	برتراند رسل (مختارات)	برتراند رسل	محمد قدري عمارة
٦٤٢-	أقدم لك: داروين والتطور	چوناثان ميلر وبورين ڤان لون	ممدوح عبد المنعم
٦٤٣-	سفرنامه حجاز (شعر)	عبد الماجد الدريابادي	سمير عبدالحميد إبراهيم
٦٤٤-	العلوم عند المسلمين	هوارد د.تيرنر	فتح الله الشيخ
٦٤٥-	السياسة الخارجية الأمريكية ومصادرها الداخلية	تشارلز كجلي ويوچين ويتكوف	عبد الوهاب علوب
٦٤٦-	قصة الثورة الإيرانية	سبهر ذبيح	عبد الوهاب علوب

٦٤٧-	رسائل من مصر	چون نينيه	فتحى العشرى
٦٤٨-	بورخيس	بياتريث سارلو	خليل كلفت
٦٤٩-	الخوف وقصص خرافية أخرى	چى دى موباسان	سحر يوسف
٦٥٠-	الدولة والسلطة والسياسة فى الشرق الأوسط	روچر أوين	عبد الوهاب علوب
٦٥١-	ديليسبس الذى لا نعرفه	وثائق قديمة	أمل الصبان
٦٥٢-	آلهة مصر القديمة	كلود ترونكر	حسن نصر الدين
٦٥٣-	مدرسة الطغاة (مسرحية)	إيريش كستنر	سمير جريس
٦٥٤-	أساطير شعبية من أوزبكستان (جـ١)	نصوص قديمة	عبد الرحمن الخميسى
٦٥٥-	أساطير وآلهة	إيزابيل فرانكو	حليم طوسون ومحمود ماهر طه
٦٥٦-	خبز الشعب والأرض الحمراء (مسرحيتان)	ألفونسو ساسترى	ممدوح البستاوى
٦٥٧-	محاكم التفتيش والموريسكيون	مرثيديس غارثيا أرينال	خالد عباس
٦٥٨-	حوارات مع خوان رامون خيمينيث	خوان رامون خيمينيث	صبرى التهامى
٦٥٩-	قصائد من إسبانيا وأمريكا اللاتينية	نخبة	عبداللطيف عبدالحليم
٦٦٠-	نافذة على أحدث العلوم	ريتشارد فايفيلد	هاشم أحمد محمد
٦٦١-	روائع أندلسية إسلامية	نخبة	صبرى التهامى
٦٦٢-	رحلة إلى الجذور	داسو سالديبار	صبرى التهامى
٦٦٣-	امرأة عادية	ليوسيل كليفتون	أحمد شافعى
٦٦٤-	الرجل على الشاشة	ستيفن كوهان وإنا راى هارك	عصام زكريا
٦٦٥-	عوالم أخرى	پول دافيز	هاشم أحمد محمد
٦٦٦-	تطور الصورة الشعرية عند شكسبير	وولفجانج اتش كليمن	جمال عبد الناصر ومدحت الجيار وجمال جاد الرب
٦٦٧-	الأزمة القادمة لعلم الاجتماع الغربى	ألفن جولدنر	على ليلة
٦٦٨-	ثقافات العولمة	فريدريك چيمسون وماساو ميوشى	ليلى الجبالى
٦٦٩-	ثلاث مسرحيات	وول شوينكا	نسيم مجلى
٦٧٠-	أشعار جوستاف أدولفو	جوستاف أدولفو بكر	ماهر البطوطى
٦٧١-	قل لى كم مضى على رحيل القطار؟	چيمس بوادوين	على عبدالأمير صالح
٦٧٢-	مختارات من الشعر الفرنسى للأطفال	نخبة	إبتهال سالم
٦٧٣-	ضرب الكليم (شعر)	محمد إقبال	جلال الحفناوى
٦٧٤-	ديوان الإمام الخمينى	آية الله العظمى الخمينى	محمد علاء الدين منصور
٦٧٥-	أثينا السوداء (جـ٢، مج١)	مارتن برنال	بإشراف: محمود إبراهيم السعدنى
٦٧٦-	أثينا السوداء (جـ٢، مج٢)	مارتن برنال	بإشراف: محمود إبراهيم السعدنى
٦٧٧-	تاريخ الأدب فى إيران (جـ١ ، مج١)	إدوارد جرانفيل براون	أحمد كمال الدين حلمى
٦٧٨-	تاريخ الأدب فى إيران (جـ١ ، مج٢)	إدوارد جرانفيل براون	أحمد كمال الدين حلمى
٦٧٩-	مختارات شعرية مترجمة (جـ٢)	وليام شكسبير	توفيق على منصور
٦٨٠-	المدينة الفاضلة (ميراث الترجمة)	كارل ل. بيكر	محمد شفيق غربال
٦٨١-	هل يوجد نص فى هذا الفصل؟	ستانلى فش	أحمد الشيمى
٦٨٢-	نجوم حظر التجوال الجديد (رواية)	بن أوكرى	صبرى محمد حسن
٦٨٣-	سكين واحد لكل رجل (رواية)	تى. م. آلوكو	صبرى محمد حسن
٦٨٤-	الأعمال القصصية الكاملة (أنا كتبنا) (جـ١)	أوراثيو كيروجا	رزق أحمد بهنسى

٦٨٥- الأعمال القصصية الكاملة (الصحراء) (جـ٢)	أوراثيو كيروجا	رزق أحمد بهنسى
٦٨٦- امرأة محاربة (رواية)	ماكسين هونج كنجستون	سحر توفيق
٦٨٧- محبوبة (رواية)	فتانة حاج سيد جوادى	ماجدة العنانى
٦٨٨- الانفجارات الثلاثة العظمى	فيليب م. دوبر وريتشارد أ. موار	فتح الله الشيخ وأحمد السماحى
٦٨٩- الملف (مسرحية)	تادووش روجيفيتش	هناء عبد الفتاح
٦٩٠- محاكم التفتيش فى فرنسا	(مختارات)	رمسيس عوض
٦٩١- ألبرت أينشتين: حياته وغرامياته	(مختارات)	رمسيس عوض
٦٩٢- أقدم لك: الوجودية	ريتشارد أبيجانسى وأوسكار زاريت	حمدى الجابرى
٦٩٣- أقدم لك: القتل الجماعى (المحرقة)	حائيم برشيت وآخرون	جمال الجزيرى
٦٩٤- أقدم لك: دريدا	جيف كولينز وبيل مايبلين	حمدى الجابرى
٦٩٥- أقدم لك: رسل	ديف روبنسون وجودى جروف	إمام عبدالفتاح إمام
٦٩٦- أقدم لك: روسو	ديف روبنسون وأوسكار زاريت	إمام عبدالفتاح إمام
٦٩٧- أقدم لك: أرسطو	روبرت ودفين وجودى جروفس	إمام عبدالفتاح إمام
٦٩٨- أقدم لك: عصر التنوير	ليود سبنسر وأندرزيجى كروز	إمام عبدالفتاح إمام
٦٩٩- أقدم لك: التحليل النفسى	إيفان وارد وأوسكار زارايت	جمال الجزيرى
٧٠٠- الكاتب وواقعه	ماريو بارجاس يوسا	بسمة عبدالرحمن
٧٠١- الذاكرة والحداثة	وليم رود ڤيڤيان	منى البرنس
٧٠٢- مدونة جستنيان فى الفقه الرومانى (ميراث الترجمة)	جوستنيان	عبد العزيز فهمى
٧٠٣- تاريخ الأدب فى إيران (جـ٢)	إدوارد جرانڤيل براون	أمين الشواربى
٧٠٤- فيه ما فيه	مولانا جلال الدين الرومى	محمد علاء الدين منصور وآخرون
٧٠٥- فضل الأنام من رسائل حجة الإسلام	الإمام الغزالى	عبدالحميد مدكور
٧٠٦- الشفرة الوراثية وكتاب التحولات	جونسون ف. يان	عزت عامر
٧٠٧- أقدم لك: ڤالتر بنيامين	هوارد كاليجل وآخرون	وفاء عبدالقادر
٧٠٨- فراعنة من؟	دونالد مالكولم ريد	رءوف عباس
٧٠٩- معنى الحياة	ألفريد آدلر	عادل نجيب بشرى
٧١٠- الأطفال والتكنولوجيا والثقافة	إيان هاتشباى وجومووران - إليس	دعاء محمد الخطيب
٧١١- درة التاج	ميرزا محمد هادى رسوا	هناء عبد الفتاح
٧١٢- الإلياذة (جـ١) (ميراث الترجمة)	هوميروس	سليمان البستانى
٧١٣- الإلياذة (جـ٢) (ميراث الترجمة)	هوميروس	سليمان البستانى
٧١٤- حديث القلوب (ميراث الترجمة)	لامنيه	حنا صاوه
٧١٥- سر تقدم الإنكليز السكسونيين (ميراث الترجمة)	إدمون ديمولان	أحمد فتحى زغلول
٧١٦- جامعة كل المعارف (جـ٢)	مجموعة من المؤلفين	نخبة من المترجمين
٧١٧- جامعة كل المعارف (جـ٣)	مجموعة من المؤلفين	نخبة من المترجمين
٧١٨- جامعة كل المعارف (جـ٥)	مجموعة من المؤلفين	نخبة من المترجمين
٧١٩- مسرح الأطفال: فلسفة وطريقة	م. جولدبرج	جميلة كامل
٧٢٠- مداخل إلى البحث فى تعلم اللغة الثانية	دونالد جونسون	على شعبان وأحمد الخطيب
٧٢١- فلسفة المتكلمين فى الإسلام (مج١)	هـ. أ. ولفسون	مصطفى لبيب عبد الغنى
٧٢٢- الصفيحة وقصص أخرى	يشار كمال	الصفصافى أحمد القطورى

٧٢٣-	تحديات ما بعد الصهيونية	إفرايم نيمنى	أحمد ثابت
٧٢٤-	اليسار الفرويدى	پول روبنسون	عبده الريس
٧٢٥-	الاضطراب النفسى	چون فيتكس	مى مقلد
٧٢٦-	الموريسكيون فى المغرب	غييرمو غوثالبيس بوستو	مروة محمد إبراهيم
٧٢٧-	حلم البحر (رواية)	باچين	وحيد السعيد
٧٢٨-	العولمة: تدمير العمالة والنمو	موريس آليه	أميرة جمعة
٧٢٩-	الثورة الإسلامية فى إيران	صادق زيباكلام	هويدا عزت
٧٣٠-	حكايات من السهول الأفريقية	آن جاتى	عزت عامر
٧٣١-	النوع: الذكر والأنثى بين التميز والاختلاف	مجموعة من المؤلفين	محمد قدرى عمارة
٧٣٢-	قصص بسيطة (رواية)	إنجو شولتسه	سمير جريس
٧٣٣-	مأساة عطيل (مسرحية)	وليم شيكسبير	محمد مصطفى بدوى
٧٣٤-	بونابرت فى الشرق الإسلامى	أحمد يوسف	أمل الصبان
٧٣٥-	فن السيرة فى العربية	مايكل كوبرسون	محمود محمد مكى
٧٣٦-	التاريخ الشعبى للولايات المتحدة (جـ١)	هوارد زن	شعبان مكاوى
٧٣٧-	الكوارث الطبيعية (مج٢)	پاتريك ل. آبوت	توفيق على منصور
٧٣٨-	دمشق من عصر ما قبل التاريخ إلى الدولة المملوكية	چيرار دى چورچ	محمد عواد
٧٣٩-	دمشق من الإمبراطورية العثمانية حتى الوقت الحاضر	چيرار دى چورچ	محمد عواد
٧٤٠-	خطابات السلطة	بارى هندس	مرفت ياقوت
٧٤١-	الإسلام وأزمة العصر	برنارد لويس	أحمد هيكل
٧٤٢-	أرض حارة	خوسيه لاكوادرا	رزق بهنسى
٧٤٣-	الثقافة: منظور دارويني	روبرت أونجر	شوقى جلال
٧٤٤-	ديوان الأسرار والرموز (شعر)	محمد إقبال	سمير عبد الحميد
٧٤٥-	المآثر السلطانية	بيك الدنبلى	محمد أبو زيد
٧٤٦-	تاريخ التحليل الاقتصادى (مج١)	چوزيف أ. شومبيتر	حسن النعيمى
٧٤٧-	الاستعارة فى لغة السينما	تريڤور وايتوك	إيمان عبد العزيز
٧٤٨-	تدمير النظام العالمى	فرانسيس بويل	سمير كريم
٧٤٩-	إيكولوچيا لغات العالم	ل.ج. كالڤيه	باتسى جمال الدين
٧٥٠-	الإلياذة	هوميروس	بإشراف: أحمد عتمان
٧٥١-	الإسراء والمعراج فى تراث الشعر الفارسى	نخبة	علاء السباعى
٧٥٢-	ألمانيا بين عقدة الذنب والخوف	جمال قارصلى	نمر عارورى
٧٥٣-	التنمية والقيم	إسماعيل سراج الدين وآخرون	محسن يوسف
٧٥٤-	الشرق والغرب	أنّا مارى شيمل	عبدالسلام حيدر
٧٥٥-	تاريخ الشعر الإسبانى خلال القرن العشرين	أندرو ب. دبيكى	على إبراهيم منوفى
٧٥٦-	ذات العيون الساحرة	إنريكى خاردييل پونثيلا	خالد محمد عباس
٧٥٧-	تجارة مكة	پاتريشيا كرون	آمال الروبى
٧٥٨-	الإحساس بالعولمة	بروس روبنز	عاطف عبدالحميد
٧٥٩-	النثر الأردى	مولوى سيد محمد	جلال الحفناوى
٧٦٠-	الدين والتصور الشعبى للكون	السيد الأسود	السيد الأسود

٧٦١- جيوب مثقلة بالحجارة (رواية)	فيرچينيا وولف	فاطمة ناعوت
٧٦٢- المسلم عدواً و صديقاً	ماريا سوليداد	عبدالعال صالح
٧٦٣- الحياة فى مصر	أنريكو بيا	نجوى عمر
٧٦٤- ديوان غالب الدهلوى (شعر غزل)	غالب الدهلوى	حازم محفوظ
٧٦٥- ديوان خواجه الدهلوى (شعر تصوف)	خواجه مير درد الدهلوى	حازم محفوظ
٧٦٦- الشرق المتخيل	تييرى هنتش	غازى برو وخليل أحمد خليل
٧٦٧- الغرب المتخيل	نسيب سمير الحسينى	غازى برو
٧٦٨- حوار الثقافات	محمود فهمى حجازى	محمود فهمى حجازى
٧٦٩- أنباء أحياء	فريدريك هتمان	رندا النشار وضياء زاهر
٧٧٠- السيدة بيرفيكتا	بينيتو بيريث جالدوس	صبرى التهامى
٧٧١- السيد سيجوندو سومبرا	ريكاردو جوير الديس	صبرى التهامى
٧٧٢- بريخت ما بعد الحداثة	إليزابيث رايت	محسن مصيلحى
٧٧٣- دائرة المعارف الدولية (جـ٢)	چون فيزر وپول ستيرجز	بإشراف: محمد فتحى عبدالهادى
٧٧٤- الديمقراطية الأمريكية: التاريخ والمرتكزات	مجموعة من المؤلفين	حسن عبد ربه المصرى
٧٧٥- مرآة العروس	نذير أحمد الدهلوى	جلال الحفناوى
٧٧٦- منظومة مصيبت نامه (مج١)	فريد الدين العطار	محمد محمد يونس
٧٧٧- الانفجار الأعظم	چيمس إ. ليدسى	عزت عامر
٧٧٨- صفوة المديح	مولانا محمد أحمد ورضا القادرى	حازم محفوظ
٧٧٩- خيوط العنكبوت وقصص أخرى	نخبة	سمير عبدالحميد إبراهيم وسارة تاكاهاشى
٧٨٠- من أدب الرسائل الهندية حجاز ١٩٣٠	غلام رسول مهر	سمير عبد الحميد إبراهيم
٧٨١- الطريق إلى بكين	هدى بدران	نبيلة بدران
٧٨٢- المسرح المسكون	مارفن كارلسون	جمال عبد المقصود
٧٨٣- العولمة والرعاية الإنسانية	ڤيك چورج وپول ويلدنج	طلعت السروجى
٧٨٤- الإساءة للطفل	ديڤيد أ. وولف	جمعة سيد يوسف
٧٨٥- تأملات عن تطور ذكاء الإنسان	كارل ساجان	سمير حنا صادق
٧٨٦- المتنبئة (رواية)	مارجريت أتوود	سحر توفيق
٧٨٧- العودة من فلسطين	چوزيه بوڤيه	إيناس صادق
٧٨٨- سر الأهرامات	ميروسلاف ڤرنر	خالد أبو اليزيد البلتاجى
٧٨٩- الانتظار (رواية)	هاچين	منى الدروبى
٧٩٠- الفرانكفونية العربية	مونيك بونتو	جيهان العيسوى
٧٩١- العطور ومعامل العطور فى مصر القديمة	محمد الشيمى	ماهر جويجاتى
٧٩٢- دراسات حول القصص القصيرة لإدريس ومحفوظ	منى ميخائيل	منى إبراهيم
٧٩٣- ثلاث رؤى للمستقبل	چون جريڤيس	رءوف وصفى
٧٩٤- التاريخ الشعبى للولايات المتحدة (جـ٢)	هوارد زن	شعبان مكاوى
٧٩٥- مختارات من الشعر الإسبانى (جـ١)	نخبة	على عبد الرءوف البمبى
٧٩٦- آفاق جديدة فى دراسة اللغة والذهن	نعوم تشومسكى	حمزة المزينى
٧٩٧- الرؤية فى ليلة معتمة (شعر)	نخبة	طلعت شاهين
٧٩٨- الإرشاد النفسى للأطفال	كاترين جيلدرد وداڤيد جيلدرد	سميرة أبو الحسن

٧٩٩- سلم السنوات	آن تيلر	عبد الحميد فهمى الجمال
٨٠٠- قضايا فى علم اللغة التطبيقى	ميشيل ماكارثى	عبد الجواد توفيق
٨٠١- نحو مستقبل أفضل	تقرير دولى	بإشراف: محسن يوسف
٨٠٢- مسلمو غرناطة فى الآداب الأوروبية	ماريا سوليداد	شرين محمود الرفاعى
٨٠٣- التغيير والتنمية فى القرن العشرين	توماس باترسون	عزة الخميسى
٨٠٤- سوسيولوجيا الدين	دانيل هيرفيه-ليجيه وجان بول ويلام	درويش الحلوجى
٨٠٥- من لا عزاء لهم (رواية)	كازو إيشيجورو	طاهر البربرى
٨٠٦- الطبقة العليا المصرية	ماجدة بركة	محمود ماجد
٨٠٧- يحى حقى: تشريح مفكر مصرى	ميريام كوك	خيرى دومة
٨٠٨- الشرق الأوسط والولايات المتحدة	ديفيد دابليو ليش	أحمد محمود
٨٠٩- تاريخ الفلسفة السياسية (جـ١)	ليو شتراوس وجوزيف كروپسى	محمود سيد أحمد
٨١٠- تاريخ الفلسفة السياسية (جـ٢)	ليو شتراوس وجوزيف كروپسى	محمود سيد أحمد
٨١١- تاريخ التحليل الاقتصادى (مج٢)	جوزيف أ.شومبيتر	حسن النعيمى
٨١٢- تأمل العالم: الصورة والأسلوب فى الحياة الاجتماعية	ميشيل مافيزولى	فريد الزاهى
٨١٣- لم أخرج من ليلى (رواية)	آنى إرنو	نورا أمين
٨١٤- الحياة اليومية فى مصر الرومانية	نافتال لويس	آمال الروبى
٨١٥- فلسفة المتكلمين (مج٢)	هـ. أ. ولفسون	مصطفى لبيب عبدالغنى
٨١٦- العدو الأمريكى	فيليب روجيه	بدر الدين عرودكى
٨١٧- مائدة أفلاطون: كلام فى الحب	أفلاطون	محمد لطفى جمعة
٨١٨- الحرفيون والتجار فى القرن ١٨ (جـ١)	أندريه ريمون	ناصر أحمد وباتسى جمال الدين
٨١٩- الحرفيون والتجار فى القرن ١٨ (جـ٢)	أندريه ريمون	ناصر أحمد وباتسى جمال الدين
٨٢٠- هملت (مسرحية) (ميراث الترجمة)	وليم شكسبير	طانيوس أفندى
٨٢١- هفت بيكر (شعر)	نور الدين عبد الرحمن الجامى	عبد العزيز بقوش
٨٢٢- فن الرباعى (شعر)	نخبة	محمد نور الدين عبد المنعم
٨٢٣- وجه أمريكا الأسود (شعر)	نخبة	أحمد شافعى
٨٢٤- لغة الدراما	دافيد برتش	ربيع مفتاح
٨٢٥- عصر النهضة فى إيطاليا (جـ١) (ميراث الترجمة)	ياكوب بوكهارت	عبد العزيز توفيق جاويد
٨٢٦- عصر النهضة فى إيطاليا (جـ١) (ميراث الترجمة)	ياكوب بوكهارت	عبد العزيز توفيق جاويد
٨٢٧- أمل مطروح البدو والمستوطنون والذين يقضون العطلات	دونالد پ.كول وثريا تركى	محمد على فرج
٨٢٨- النظرية النسبية (ميراث الترجمة)	ألبرت أينشتين	رمسيس شحاتة
٨٢٩- مناظرة حول الإسلام والعلم	إرنست رينان وجمال الدين الأفغانى	مجدى عبد الحافظ
٨٣٠- رق العشق	حسن كريم بور	محمد علاء الدين منصور
٨٣١- تطور علم الطبيعة (ميراث الترجمة)	ألبرت أينشتين وليوبولد إنفلد	محمد النادى وعطية عاشور
٨٣٢- تاريخ التحليل الاقتصادى (جـ٣)	جوزيف أ.شومبيتر	حسن النعيمى
٨٣٣- الفلسفة الألمانية	فرنر شميدرس	محسن الدمرداش
٨٣٤- كنز الشعر	ذبيح الله صفا	محمد علاء الدين منصور
٨٣٥- تشيخوف: حياة فى صور	بيتر أوربان	علاء عزمى
٨٣٦- بين الإسلام والغرب	مرثيدس غارثيا	ممدوح البستاوى

٨٣٧-	عناكب فى المصيدة	ناتاليا فيكو	على فهمى عبدالسلام
٨٣٨-	فى تفسير مذهب بوش ومقالات آخرى	نعوم تشومسكى	لبنى صبرى
٨٣٩-	أقدم لك: النظرية النقدية	ستيوارت سين وبورين ڤان لون	جمال الجزيرى
٨٤٠-	الخواتم الثلاثة	جوتهولد ليسينج	فوزية حسن
٨٤١-	هملت: أمير الدانمارك	وليم شكسبير	محمد مصطفى بدوى
٨٤٢-	منظومة مصيبت نامه (مج٢)	فريد الدين العطار	محمد محمد يونس
٨٤٣-	من روائع القصيد الفارسى	نخبة	محمد علاء الدين منصور
٨٤٤-	دراسات فى الفقر والعولمة	كريمة كريم	سمير كريم
٨٤٥-	غياب السلام	نيكولاس جويات	طلعت الشايب
٨٤٦-	الطبيعة البشرية	ألفريد أدلر	عادل نجيب بشرى
٨٤٧-	الحياة بعد الرأسمالية	مايكل ألبرت	أحمد محمود
٨٤٨-	تاريخ الدولة العربية (ميراث الترجمة)	يوليوس فلهاوزن	عبد الهادى أبو ريدة
٨٤٩-	سونيتات شكسبير	وليم شكسبير	بدر توفيق
٨٥٠-	الخيال، الأسلوب، الحداثة	مقالات مختارة	جابر عصفور
٨٥١-	الطب التجريبى (ميراث الترجمة)	كلود برنار	يوسف مراد
٨٥٢-	العلم والحقيقة	ريتشارد دوكنز	مصطفى إبراهيم فهمى
٨٥٣-	العمارة فى الأندلس: عمارة المدن والحصون (مج١)	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٨٥٤-	العمارة فى الأندلس: عمارة المدن والحصون (مج٢)	باسيليو بابون مالدونادو	على إبراهيم منوفى
٨٥٥-	فهم الاستعارة فى الأدب	چيرارد ستيم	محمد أحمد حمد
٨٥٦-	القضية الموريسكية من وجهة نظر أخرى	فرانثيسكو ماركيث يانو بيانويا	عائشة سويلم
٨٥٧-	نادچا (رواية)	أندريه بريتون	كامل عويد العامرى
٨٥٨-	جوهر الترجمة: عبور الحدود الثقافية	ثيو هرمانز	بيومى قنديل
٨٥٩-	السياسة فى الشرق القديم	إيف شيمل	مصطفى ماهر
٨٦٠-	مصر وأوروبا	ڤان بملن	عادل صبحى تكلا
٨٦١-	الإسلام والمسلمون فى أمريكا	چين سميث	محمد الخولى
٨٦٢-	ببغاء الكاكادو	أرتور شنيتسلر	محسن الدمرداش
٨٦٣-	لقاء بالشعراء	على أكبر دلفى	محمد علاء الدين منصور
٨٦٤-	أوراق فلسطينية	دورين إنجرامز	عبد الرحيم الرفاعى
٨٦٥-	فكرة الثقافة	تيرى إيجلتون	شوقى جلال
٨٦٦-	رسائل خمس فى الآفاق والأنفس	مجموعة من المؤلفين	محمد علاء الدين منصور
٨٦٧-	المهمة الاستوائية (رواية)	ديڤيد مايلو	صبرى محمد حسن
٨٦٨-	الشعر الفارسى المعاصر	ساعد باقرى ومحمد رضا محمدى	محمد علاء الدين منصور
٨٦٩-	تطور الثقافة	روبن دونبار وآخرون	شوقى جلال
٨٧٠-	عشر مسرحيات (جـ١)	نخبة	حمادة إبراهيم
٨٧١-	عشر مسرحيات (جـ٢)	نخبة	حمادة إبراهيم
٨٧٢-	كتاب الطاو	لاوتسو	محسن فرجانى
٨٧٣-	معلمون لمدارس المستقبل	تقرير صادر عن اليونسكو	بهاء شاهين
٨٧٤-	النهر الخالد (مج١)	جاويد إقبال	ظهور أحمد

٨٧٥- النهر الخالد (مج٢)	جاويد إقبال	ظهور أحمد
٨٧٦- دراسات فى الموسيقى الشرقية (جـ١)	هنرى جورج فارمر	أمانى المنياوى
٨٧٧- أدب الجدل والدفاع فى العربية	موريتس شتينتشنيدر	صلاح محجوب
٨٧٨- ترحال فى صحراء الجزيرة العربية (جـ١، مجـ١)	تشارلز دوتى	صبرى محمد حسن
٨٧٩- ترحال فى صحراء الجزيرة العربية (جـ١، مجـ٢)	تشارلز دوتى	صبرى محمد حسن
٨٨٠- الواحات المفقودة	أحمد حسنين بك	عبد الرحمن حجازى وأمير نبيه
٨٨١- المستنيرون : خدمة وخيانة	جلال آل أحمد	سلوى عباس
٨٨٢- أغانى شيراز (جـ١) (ميراث الترجمة)	حافظ الشيرازى	إبراهيم الشواربى
٨٨٣- أغانى شيراز (جـ٢) (ميراث الترجمة)	حافظ الشيرازى	إبراهيم الشواربى
٨٨٤- تعلم الأطفال الصغار	باربرا تيزار ومارتن هيوز	محمد رشدى سالم
٨٨٥- روح الإرهاب	جان بودريار	بدر عروديكى
٨٨٦- الترجمة والإمبراطورية	دوجلاس روبنسون	ثائر ديب
٨٨٧- غزليات سعدى (شعر)	سعدى الشيرازى	محمد علاء الدين منصور
٨٨٨- أزهار مسلك الليل (رواية)	مريم جعفرى	هويدا عزت
٨٨٩- سارتوريس (ميراث الترجمة)	وليم فوكنر	ميخائيل رومان
٨٩٠- منتخبات أشعار فراغى	مخدومقلى فراغى	الصفصافى أحمد القطورى
٨٩١- مفاوضات مع الموتى	مارجريت آتوود	عزة مازن
٨٩٢- تاريخ المسيحية الشرقية	عزيز سوريال عطية	إسحاق عبيد
٨٩٣- عبادة الإنسان الحر	برتراند راسل	محمد قدرى عمارة
٨٩٤- الطريق إلى مكة	محمد أسد	رفعت السيد على
٨٩٥- وادى الفوضى (رواية)	فريدريش دورينمات	يسرى خميس
٨٩٦- شعر الضفاف الأخرى	نخبة	زين العابدين فؤاد
٨٩٧- اختراق الجزيرة العربية	ديفيد جورج هوجارث	صبرى محمد حسن
٨٩٨- الإسلام والعلم	برويز أمير على	محمود خيال
٨٩٩- الدبلوماسية الفاعلة	بيتر مارشال	أحمد مختار الجمال
٩٠٠- تيارات نقدية محدثة	مقالات مختارة	جابر عصفور
٩٠١- مختارات من شعر لى جاو شينج	لى جاو شينج	عبد العزيز حمدى
٩٠٢- آلهة مصر القديمة وأساطيرها	روبرت أرنولد	مروة الفقى
٩٠٣- أفلام ومناهج (مج١)	بيل نيكولز	حسين بيومى
٩٠٤- أفلام ومناهج (مج٢)	بيل نيكولز	حسين بيومى
٩٠٥- تراث الهند	ج. ت. جارات	جلال السعيد الحفناوى
٩٠٦- أسس الحوار فى القرآن	هيربرت بوسه	أحمد هويدى
٩٠٧- أرثر.. متعة الحياة (رواية)	فرانسواز جيرو	فاطمة خليل
٩٠٨- الحلقة النقدية	ديفيد كوزنز هوى	خالدة حامد
٩٠٩- الفنون والآداب تحت ضغط العولمة	جوويست سمايرز	طلعت الشايب
٩١٠- بروميثيوس بلا قيود	دافيد س. لينديس	مى رفعت سلطان
٩١١- غبار النجوم	جون جريبين	عزت عامر
٩١٢- ترجمات يحيى حقى (جـ١) (ميراث الترجمة)	روايات مختارة	يحيى حقى

٩١٣- ترجمات يحيى حقى (جـ٢) (ميراث الترجمة)	مسرحيات مختارة	يحيى حقى
٩١٤- ترجمات يحيى حقى (جـ٣) (ميراث الترجمة)	ديزموند ستيوارت	يحيى حقى
٩١٥- المرأة فى أثينا: الواقع والقانون	روجر جست	منيرة كروان
٩١٦- الجدلية الاجتماعية	أنور عبد الملك	سامية الجندى وعبدالعظيم حماد
٩١٧- موسوعة كمبريدج (جـ١)	نخبة	إشراف: أحمد عتمان
٩١٨- موسوعة كمبريدج (جـ٤)	نخبة	إشراف: فاطمة موسى
٩١٩- موسوعة كمبريدج (جـ٩)	نخبة	إشراف: رضوى عاشور
٩٢٠- خليل جبران: حياته وعالمه	جين جبران و خليل جبران	فاطمة قنديل
٩٢١- لله الأمر (رواية)	أحمدو كوروما	ثريا إقبال
٩٢٢- الموريسكيون فى إسبانيا وفى المنفى	ميكيل دى إيبالثا	جمال عبد الرحمن
٩٢٣- ملحمة حرب الاستقلال (شعر)	ناظم حكمت	محمد حرب
٩٢٤- حتشبسوت: عظمة وسحر وغموض	كريستيان دى روش نوبلكور	فاطمة عبد الله
٩٢٥- رمسيس الثاني: فرعون المعجزات	كريستيان دى روش نوبلكور	فاطمة عبد الله
٩٢٦- ترحال فى صحراء الجزيرة العربية (جـ٢، مجـ١)	تشارلز دوتى	صبرى محمد حسن
٩٢٧- ترحال فى صحراء الجزيرة العربية (جـ٢، مجـ٢)	تشارلز دوتى	صبرى محمد حسن
٩٢٨- سجون الضوء	كيتى فرجسون	عزت عامر
٩٢٩- نشأة الإنسان (مجـ١)	تشارلس داروين	مجدى المليجى
٩٣٠- نشأة الإنسان (مجـ٢)	تشارلس داروين	مجدى المليجى
٩٣١- نشأة الإنسان (مجـ٣)	تشارلس داروين	مجدى المليجى
٩٣٢- حدائق السحر فى بساتين الشعر (ميراث الترجمة)	رشيدالدين العمرى	إبراهيم الشواربى
٩٣٣- اللاعقلانية الشعرية	كارلوس بوسونيو	على منوفى
٩٣٤- محنة الكاتب الأفريقى	تشارلز لارسون	طلعت الشايب
٩٣٥- تاريخ الفن الألمانى	فولكر جيبهارت	علا عادل
٩٣٦- بيولوجيا الجحيم	إد ريچيس	أحمد فوزى عبد الحميد
٩٣٧- هيا نحكى (قصص أطفال)	أحمد ندالو	عبدالحى سالم
٩٣٨- الأنطولوچيا السياسية عند مارتن هيدجر	بيير بورديو	سعيد العليمى
٩٣٩- سجن العقل	ستيفن چونسون	أحمد مستجير
٩٤٠- اليابان الحديثة: قضايا وآراء	مجموعة مقالات	علاء على زين العابدين
٩٤١- الجماليات لم يولدن بعد	أى كويئى أرماه	صبرى محمد حسن
٩٤٢- القرن الجديد	إريك هوبسبوم	وجيه سمعان عبد المسيح
٩٤٣- لقاء فى الظلام	مختارات من القصص الأفريقية	محمد عبد الواحد
٩٤٤- الكونترابانص	باتريك زوسكيند	سمير جريس
٩٤٥- أحلام يقظة جوال منفرد (ميراث الترجمة)	چان چاك روسو	ثريا توفيق
٩٤٦- الزار ومظاهره المسرحية فى إثيوبيا	ميشيل ليريس	محمد مهدى قناوى
٩٤٧- ماوراء المعنى والحقيقة	برتراند راسل	محمد قدرى عمارة
٩٤٨- أفريقيا منذ عام ١٨٠٠	رونالد أوليفر وأنتونى آتمور	فريد چورج بودى
٩٤٩- مقبرة الصدأ	أندريه فيش	نافع معلا
٩٥٠- فى علم الكتابة	چاك ديريدا	منى طلبة وأنور مغيث

طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

رقم الإيداع ١٧٣٨ / ٢٠٠٦

المجلس الأعلى للثقافة



عندما نتطرق للحديث عن نشأة مهنة الطب فى مصر، فإننا فى الحقيقة نجد أنفسنا ملزمين بالحديث عن تجربة محمد على باشا فى تحديث الحياة برمتها فى هذا البلد، وما يقال عن الطب يقال عن كل المهن الأخرى كالهندسة والزراعة والصيدلة والمحاماة والمحاسبة ...... إلى آخر الطابور الطويل من المهن و"الفنون والصنائع". لكن هذا الكتاب يتناول مهنة الطب تحديداً دون سواها لسببين: الأول أنه يتناول هذه المهنة وحدها.. أما السبب الثانى فيتمثل فى أن هذه المهنة من أكثر المهن حساسية وارتباطاً بالواقع الاجتماعى والتكوين الثقافى، أخذاً وردا فى علاقة تبادلية قل أن نجدها بهذه الحيوية فى مهنة سواها. ومن ثم فان الإشكاليات والعثرات - وبالمجمل أزمة تشكيل الهوية المهنية - التى واجهتها هذه المهنة إنما تعبر تعبيراً أميناً عن أزمة التجربة التى أنشأتها..

الغلاف: محمود مراد